LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE
Organe des Syndicats des Médecins de France
PARAISSANT LE SAMEDI

DIRECTEUR : Dr AUGUSTE CEZILLY.

France et etranger. ab. un an. — 20 fr.
Pour MM. les étudiants, un an — 5 fr.

SAMEDI 6 JANVIER 1883

CINQUIEME ANNÉE. No 1.
Le numéro, 40 centimes.

BUREAUX et ADMINISTRATION
Rue du Faubourg-Poissonnière, 9, Paris.

AVIS

Nous n'avons pas encore reçu des renseignements précis sur divers syndicats formés. — Nous prions, dans tous les cas, de vouloir bien nous adresser les rectifications qu'on jugerait nécessaires à la liste publiée dans le présent numéro.

Un de nos confrères de la Gironde, père de famille, atteint d'une affection qui lui interdit la marche prolongée, désire céder une clientèle où il perçoit chaque année 8,000 fr. Il serait reconnaissant à celui de nos lecteurs qui pourrait lui procurer un emploi sédentaire, surtout médical. Il est âgé de quarante-deux ans. — S'adresser au bureau du Journal.

A céder de suite pour raison de famille dans une riche vallée de la Touraine, ligne de chemin de fer, clientèle médicale d'un produit de 6,000 fr., qui doublera certainement en quelques années. (Cette clientèle a été créée en trois ans par le médecin actuel — il y a un médecin âgé qui n'aura pas de successeur.

L'administration informe

que désormais le prix des collections de chacune des années 1879-80-81 et 82 est fixé à 10 fr. chaque année.

CORRESPONDANCE

— Dr B. à C. 1030. 20 décembre.

Nous partageons votre avis au sujet de la création du *doctorat ès sciences médicales*, et ferons part de vos observations. — Nous ne pouvons vous renseigner sur cette clientèle, annoncée par un autre journal.

— Dr M. à H. (Seine-Inférieure). 20 décembre.

M. le Dr F. est inscrit. Nous sommes heureux de lire votre affirmation de l'union et de la solidarité établies par votre syndicat.

— Dr J. à A. 1265. 21 décembre.

Nous croyons qu'il n'est pas de bonne guerre de tirer sur nos propres troupes. *On supposerait assurément* dans votre lettre des allusions à une affaire personnelle et locale.

— Dr C. à G. P. (Indre-et-Loire), 23 décembre.

Reçu votre envoi. On vous enverra régulièrement les épreuves à correction.

— Dr R. à N. (Deux-Sèvres), 19 décembre.

C'aurait été une bien grande satisfaction pour nous si le pénible incident que vous nous signalez avait pu se résoudre confraternellement. Il faut que la situation ait été bien difficile pour que vous n'ayez pu réussir à éviter tous les inconvénients que nous redoutons. Nous vous sommes bien obligé de tout ce que votre lettre renferme d'obligeant. Nous devons, comme vous, trouver dans la satisfaction de la tâche accomplie les encouragements nécessaires. — Nous trouverons bien une occasion de nous rencontrer.

— Dr D. à B. (Oise), 22 décembre.

On vous a fait les envois nécessaires. On ne trouve pas votre adhésion signée et on n'a pu, jusqu'à présent, vous inscrire membre du *Concours*. Prière de nous la faire parvenir.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

6 Janvier 1883 | **Organe des Syndicats des Médecins de France** | 5me Année. — No 1

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Bouchard*, en son nom et au nom de MM. *Capitan* et *Charrin*, ses collaborateurs, lit une note sur *la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture*. Ayant précédemment signalé la présence d'un microbe spécial, non-seulement dans les produits morveux, mais aussi dans les tissus des organes non exposés à l'air, ces expérimentateurs se sont attachés à cultiver ce microbe dans des solutions neutralisées d'extrait de viande maintenues à la température de 37 degrés. La morve serait donc la seconde maladie virulente de l'homme, dont la nature parasitaire serait démontrée, cette démonstration n'ayant encore été faite que pour le charbon.

Nous avons rapporté, il y a quelques mois, l'histoire du crétin des Batignolles présenté à l'Académie et à la Société d'Anthropologie par M. le professeur *B. Ball*. L'observateur communique aujourd'hui les résultats de son autopsie. Le crâne de ce crétin est très dolichocéphale et aplati à la face inférieure; les os en sont minces et l'ossification incomplète. Le cerveau est lourd (1200 gr.); mais les circonvolutions, qu'on y retrouve toutes, n'offrent presque pas de sinuosités. Il s'agit d'un arrêt de développement sous l'influence duquel ce sujet s'est atrophié au physique comme au moral: son crâne était, en somme, celui d'un rachitique. Il faut noter cependant que ce crétin diffère de ses semblables sur deux points: l'extrême minceur des os de son crâne et surtout le volume du cerveau qui chez lui était assez considérable, eu égard à sa taille très-courte et à sa force physique presque nulle. La masse du cerveau serait donc, en réalité, d'une moindre importance, au point de vue des fonctions, que sa configuration.

La *Société de Chirurgie* vient de renouveler son Bureau qui se trouve ainsi composé pour la présente année: Président, M. *Guéniot*; vice-président, M. *Marc Sée*; secrétaires annuels, MM. *Perrier* et *Lucas-Championnière*.

Le Bureau de la *Société médicale des hôpitaux* pour 1883 est ainsi constitué:

Président, *M. Millard*; vice-président, *M. Bucquoy*; secrétaire général, M. *Desnos*; secrétaires des séances, MM. *Duguet* et *Troisier*.

Dr J. GEOFFROY.

P. S. Quelles que soient leurs opinions, nos lecteurs n'ont pu apprendre sans émotion la mort rapide de M. Gambetta. Nous n'avons pas qualité pour parler ici de l'homme politique ni du citoyen: nous ne voulons pas quitter du reste le terrain de la pathologie, mais nous croyons qu'à ce point de vue, il peut y avoir pour le praticien matière à réflexion et à instruction dans la maladie et la mort rapide de M. Gambetta. Aujourd'hui, nous publions les résultats connus de son autopsie: nous pensons pouvoir bientôt faire connaître à nos lecteurs un fait analogue que nous observons en ce moment et dans lequel l'intervention chirurgicale, *se produisant à temps*, a été jusqu'ici (3 janvier, vingt-deuxième jour de l'opération), suivie du plus heureux effet. Il nous manque trop de détails pour

que nous puissions savoir en quoi ces deux faits peuvent être comparés et, nous sommes certain d'avance que si les illustres maîtres qui ont vu le malade n'ont pas agi en cette circonstance, c'est qu'ils ne pouvaient absolument pas agir.

D[r] J. G.

Ville-d'Avray, 2 janvier 1883, 1 h.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin et dont le procès-verbal détaillé sera publié ultérieurement, a fait reconnaître :

1o Une inflammation ancienne de l'intestin ayant produit un rétrécissement de la terminaison de l'intestin grêle et de la valvule iléo-cœcale :

2o Une large et profonde infiltration purulente siégeant en arrière du colon et dans la paroi abdominale :

3o Un léger degré de péritonite généralisée qui s'est produite pendant les derniers moments de la vie.

Les autres organes ne présentaient aucune lésion. La blessure était complètement cicatrisée.

En somme, M. Gambetta a succombé à une pérityphlite et péricolite suppurées. Toute intervention chirurgicale eût été illégitime et dangereuse. Elle n'eût eu d'autre résultat que d'abréger la vie.

Ont signé:

Les professeurs, Paul Bert, Brouardel, Charcot, Cornil, Trélat, Verneuil.

Les docteurs : Lannelongue, Siredey, Fieuzal, Liouville, Mathias Duval, Laborde, Guerdat, Gille, M. Paul Gibier, interne des hôpitaux.

MÉDECINE PRATIQUE

QUINQUINA ET QUININE.

I

Voilà près de deux siècles et demi que la femme d'un vice-roi du Pérou a imposé son nom à l'histoire, en consentant à se laisser guérir des fièvres par l'usage d'une poudre brune, présent inestimable d'un fidèle corrégidor, et depuis cette légendaire aventure de la comtesse del Cinchon, la fortune du quinquina, toujours grandissante, a été de celles qui défient les caprices de la médecine.

Ce fut en vain qu'un des plus spirituels doyens de notre Faculté de Paris, Guy-Patin, le sarcastique, — aussi entêté réactionnaire en thérapeutique que frondeur en politique et libéral en matière de religion, — confondit, dans un commun anathème, *la poudre de la Comtesse* et les Jésuites qui la patronnaient. « La drogue est éventée, s'écriait-il, elle ne fait plus ici de miracles. Cette poudre des Loyolites est fort chaude et ne purge point.... J'en ai vu qui, pour s'y être trop fiés, sont devenus hydropiques! »

Bien heureusement on ne le crut guère. Que cette poudre fût *fort chaude* et *ne purgeât point*, cela était possible; pourtant elle guérissait les gens que faisait tour à tour trembler et suer la fièvre; ces derniers n'en demandaient pas davantage pour croire aux vertus du quinquina, et, quand le fébrifuge, acheté par Louis XIV au médecin Talbot, fût devenu *la poudre à l'Anglais*, Madame de Sévigné, ravie qu'un de ses amis lui dût la guérison, écrivait avec son enthousiasme accoutumé: « En vérité ce remède est miraculeux! »

Quelles épithètes louangeuses n'eût-elle pas tirées encore de son arsenal épistolaire, l'illustre marquise, si elle eût vécu après 1820 et appris les cures non moins remarquables produites par cette poudre blanche et légère, cristallisée en fines aiguilles, que Pelletier et Caventou tirèrent de l'écorce des cinchonas?

Quinquina et quinine ont poursuivi de front leurs éclatantes destinées sans se nuire l'un à l'autre, et si considérable est la consommation qui en est faite dans le monde, que les forêts de l'Amérique méridionale n'en pourront peut-être bientôt plus fournir. Heureusement la transplantation des cinchonas dans les Indes néerlandaises et anglaises, dans notre île de la Réunion, a donné, depuis le peu de temps qu'elle a été opérée, d'assez brillants résultats pour nous préserver à tout jamais contre la disette du quinquina et de ses alcaloïdes.

Depuis une dizaine d'années, les applications de la quinine à la thérapeutique ont été notablement multipliées. Outre ses propriétés anti-paludiques, anti-périodiques et anti-névralgiques utilisées jusqu'alors, les recherches contemporaines lui ont trouvé une puissance anti-thermique et antiseptique; de plus, on a tenté de modifier et d'étendre encore son action thérapeutique en l'unissant aux acides les plus divers, et tel est le nombre des sels quiniques préconisés tour à tour depuis quelques années que, si nous entreprenions de les étudier tous ici, nous serions contraints à écrire un mémoire et non plus un article de journal.

Nous désirons seulement indiquer aujourd'hui les réflexions pratiques que peut faire naître chez tout médecin l'emploi du quinquina et de la quinine.

II

Le quinquina est autre chose que la quinine. Il en contient sans doute une proportion plus ou moins forte suivant les espèces: le jaune plus que le gris, qui est surtout riche en cinchonine, le rouge renfermant les deux alcaloïdes en proportions à peu près égales; mais en outre, il ne faut pas oublier les propriétés particulièrement astringentes que le quinquina doit à ses acides quinique et cin-

chotannique, etc.; il possède aussi des principes aromatiques et résineux, qui peuvent, dans une certaine mesure, modifier quelques sécrétions, sudorales et uréthrales par exemple.

Si on met de côté pour un instant les propriétés que le quinquina doit à ses alcaloïdes, pour n'envisager que les autres, on voit donc qu'il est avant tout tonique et astringent; veut-on n'en obtenir que de bons effets et n'en point recueillir d'inconvénients, il faut savoir le manier. Or, nous croyons pouvoir dire qu'un trop grand nombre de médecins laissent leurs clients faire abus des préparations de quinquina et particulièrement du vin.

Le public, qui subit toujours le contre-coup des engouements médicaux, admettait, au commencement du siècle et quand régnait Broussais, que l'inflammation est le plus grand ennemi de l'organisme, qu'un sang pléthorique est la cause d'une iliade de maux; il subissait et réclamait la saignée en toute occurrence. Broussais passa, ayant contribué peut-être à anémier les générations naissantes; la réaction se fit en sens contraire; médecins et malades se mirent à redouter les sinistres effets de l'appauvrissement du sang. Il ne fut plus question que de tonifier et de reconstituer; le fer et le quinquina parurent sur toutes les prescriptions médicales, et les gens bien portants eux-mêmes n'hésitent plus à s'administrer préventivement les précieux toniques.

Peut-être sommes-nous allés un peu loin dans cette voie, et mieux vaudrait ne pas laisser croire que fer et quinquina soient des substances banales. J'ai déjà traité la question du fer, j'ai soutenu que, malgré quelques attaques vives dont il avait été l'objet, celui-ci restait un grand médicament, à la condition qu'on sût s'en servir. Je dirai la même chose du quinquina.

Pour ne parler que des états maladifs des voies digestives, sans doute le quinquina peut être utile contre l'atonie de celles-ci, mais à la condition qu'il ne s'y ajoute aucun symptôme d'irritation; autrement les principes énergiquement astringents du quinquina vont éveiller la douleur. Je suis convaincu qu'il existe des gastralgies causées par l'usage intempestif ou trop prolongé du quinquina, ainsi que des accidents alcooliques amenés par le vin de quinquina, prescrit sans mesure et sans précaution aux jeunes filles et aux enfants.

Ne recherche-t-on que l'action apéritive d'une substance amère, pourquoi ne pas se contenter des amers simples, la gentiane, le quassia, la noix vomique? Cette dernière convient, en outre, quand on veut exciter la contractilité des organes musculaires.

C'est un tort aussi de laisser prendre du vin de quinquina à jeun ou même une demi-heure avant le repas; c'est en mangeant, c'est à la fin du repas, qu'il vaut mieux le prescrire.

Si on veut demander au quinquina les propriétés qu'il doit à ses alcaloïdes, on le peut dans une certaine mesure quand on recherche des effets thérapeutiques lentement amenés. Briquet, qui s'était occupé de comparer l'action du quinquina et de la quinine, avait constitué une sorte de quinquina artificiel en combinant du sulfate de quinine avec des extraits amers et astringents; il avait remarqué qu'à doses égales, ce mélange déterminait moins de vertige, de bourdonnements d'oreille et de céphalalgie que le sulfate de quinine seul. Or, il ne parait pas nécessaire à l'efficacité thérapeutique et curative, du moins contre les fièvres paludéennes, que les effets physiologiques d'absorption massive soient très-accentués. Quand on n'a donc en vue qu'une action tonique, que la cessation d'une cachexie, il suffira de donner le quinquina dont les principes actifs, lentement cédés à l'économie, la modifieront sûrement.

Il n'en est plus de même quand on veut obtenir une modification rapide de l'organisme, combattre un phénomène morbide dangereux, douloureux ou périodique; c'est alors à l'alcaloïde lui-même qu'il convient de recourir.

III

L'action et le mode d'administration de la quinine contre *l'impaludisme* est un sujet que les auteurs classiques semblent avoir épuisé, au moins en ce qui concerne les accès de fièvre sous toutes leurs formes, intermittentes, rémittentes, régulières ou normales, simples ou pernicieuses. Voici pourtant certaines idées auxquelles il n'est pas inutile de donner quelque développement.

D'abord, on est trop porté à ne songer à l'intoxication palustre que dans les pays où elle règne d'une façon endémique, et où de tout temps on est accoutumé à la voir résider.

Il faut se dire que partout où des végétaux en décomposition se trouvent mêlés à de l'eau stagnante, à fleur du sol ou dans sa profondeur, le poison palustre, quelle qu'en soit l'essence, palmelle de Salisbury, ou coccus quelconque, est susceptible de prendre naissance. C'est un fait établi sur d'innombrables preuves, que les travaux de terrassement, de creusement dans un sol imprégné de débris organiques, peuvent être suivis de fièvres intermittentes. On songe bien au sulfate de quinine quand l'intoxication manifeste ses effets par le phénomène fièvre; on l'oublie peut-être quelquefois en présence de manifestations singulières, non fébriles, qui apparaissent dans le même moment chez d'autres malades, résistent à tout autre traitement qu'à la médication quinique et, par conséquent, méritent d'être comprises dans la dénomination commune de *paludisme larvé*. Nous en citerons quelques exemples.

Il y a des *diarrhées* qui, après avoir duré des mois, des années même, malgré les traitements en apparence les plus rationnels, le changement de climat et d'habitudes hygiéniques, cèdent merveilleusement à l'action du sulfate de quinine. Ce sont des diarrhées maremmatiques, spécifiques, manifestations intestinales de l'intoxication palustre (1). Quelques faits de ce genre, très frappants, ont été rapportés par M. J. Simon (2), il y

(1) Duboué (de Pau). *De l'impaludisme*, Paris, 1867.

(2) J. Simon. *De quelques diarrhées spécifiques.* Arch. de Méd. 1870.

a quelques années. En 1878, M. Guyot citait à la Société médicale des Hôpitaux un cas analogue dans lequel une diarrhée datant de plusieurs années, contre laquelle avaient échoué tous les moyens employés et sous l'influence de laquelle le malade allait succomber, guérit radicalement, lorsqu'on eut administré, suivant le conseil de M. Potain, le sulfate de quinine à doses croissantes et prolongées.

Autre aspect de la question. — Par suite de la facilité des communications et de la fréquence croissante des voyages, les habitants des villes auxquels nous donnons des soins s'en vont contracter souvent, à l'époque de leurs villégiatures, des accidents palustres, et nous reviennent, plus tard, présentant des manifestations que nous ne pensons pas à rattacher à leur véritable cause, s'ils n'affectent pas nettement la forme d'accès fébriles intermittents.

Les enfants paraissent plus aptes encore que les adultes à l'empoisonnement paludéen ; de là, des surprises réservées même aux médecins qui ont fait leur étude spéciale des maladies du jeune âge. Les leçons cliniques de M. J. Simon contiennent, sur ce sujet, de très curieux enseignements dont l'analyse nous entraînerait trop loin, mais d'où découle en résumé l'indication de tâter l'action du sulfate de quinine chez tous les enfants qui présentent des manifestations pathologiques, tenaces, continues ou périodiques, dont la cause n'apparaît très nette.

C'est le plus fréquemment, on le sait depuis longtemps, sous la forme de *névralgies* que l'impaludisme larvé se manifeste; on a appelé depuis quelques années l'attention sur des *hémorrhagies* à répétition qui paraissent entretenues par la même cause, hémoptysies, métrorrhagies, hématuries, épistaxis, etc. Dans certains cas, ces hémorrhagies n'apparaissent qu'à l'occasion d'un traumatisme (Bouisson, Verneuil), de la simple avulsion d'une dent (Massart, de Honfleur) (1). Ces manifestations hémorrhagiques peuvent coexister avec des accès fébriles, alterner avec eux, se montrer aussi seules; mais elles présentent cette caractéristique commune de disparaître par l'action du sulfate de quinine uniquement.

Il est bon d'avoir présente à l'esprit cette notion que le poison palustre, une fois établi dans l'organisme, peut y sommeiller pendant de longues périodes et ne manifester son action nocive qu'à de certaines époques, à l'occasion d'un changement de climat, d'hygiène ou d'un incident pathologique qui vient en déterminer le réveil. Il faut donc parfois remonter très haut dans le passé des malades pour y trouver la trace de l'intoxication primitive.

Nous parlions tout à l'heure des hématuries qui sont une forme d'impaludisme larvé; en passant, nous signalerons celles qui ont été considérées comme la conséquence de l'usage de la quinine (2).

(1) Associat. pour l'avancement des Sciences, Montpellier 1879.
(2) Karamistras. Sur l'hématurie provoquée par la quinine. *Bull. de thérap.* 1879.

La *glycosurie* a été aussi indiquée depuis peu de temps comme une manifestation de l'impaludisme, notamment par Burdel (de Vierzon, (1).

Ce dernier auteur préconise avec chaleur comme succédané de la quinine, la *quinoïdine* qui est un résidu résineux des divers alcaloïdes et présenterait l'avantage d'être peu coûteux, tout en ayant une efficacité réelle contre l'empoisonnement tellurique, surtout dans les fièvres quartes et la cachexie. D'ailleurs, cette question des succédanés de la quinine a été et est encore le sujet de nombreuses recherches.

Un américain, le Dr Grinnel, a proposé la teinture d'iode de dix à trente gouttes par jour (2).

La *quinidine*, isomère de la quinine, moins coûteuse, mais d'une action moins sûre et moins rapide, est expérimentée depuis 1875 à la clinique médicale de Munich où l'on en aurait obtenu de bons résultats (3); 1 gr. 50 de quinidine équivaudrait à 1 gr. de quinine.

Le *quinetum*, mélange mal défini d'alcaloïdes, et dénommé ainsi par le médecin hollandais de Vrij, est très vanté par M. Winkuysen, qui, sauf dans les cas de fièvre pernicieuse, lui trouve tous les avantages de la quinine, sans qu'il en ait les inconvénients (*Practitioner*, 1878).

Nous devions signaler ce mouvement général d'essais, mais nous croyons que, jusqu'à nouvel ordre, un bon sulfate de quinine, bien pur, — *rara avis*, à vrai dire, — est encore l'arme véritable du médecin contre le plus grand nombre de cas.

Une autre caractéristique des recherches contemporaines est d'avoir soumis à un contrôle complet les affirmations classiques concernant la quinine et le quinquina. Dans un court, mais substantiel travail, M. Augé a étudié le meilleur moment d'administration dans les fièvres, basé sur l'époque du maximun d'action (4). D'après lui, le précepte formulé par Bretonneau (administrer le quinquina ou la quinine le plus loin possible de l'accès à venir), enseigné par Trousseau et suivi jusqu'à présent par le plus grand nombre des médecins, a le tort d'être trop empirique et trop absolu. Suivant les données physiologiques, l'action maxima du sulfate de quinine se manifesterait de deux à quatre heures après l'ingestion, à la condition que l'absorption ne soit entravée ni par l'âge avancé des sujets, ni par la vacuité des voies digestives, celles-ci absorbant beaucoup plus vite quand la circulation est activée par la présence des aliments, ni par un état catarrhal ou inflammatoire ; la quinine ne doit jamais être donc ingérée à jeun, et on doit employer les préparations les plus solubles.

IV

Au sujet des préparations, nous en citerons quelques-unes.

(1) *Union médicale*, 1878-1882.
(2) Cité dans *Paris médical*, 1881.
(3) *Freudenberger. Deuts. Arch. für Klin. méd.* T. XXVI
(4) *Bull. de thérap.*, 1881.

Les excipients habituels du sulfate de quinine en poudre sont les confitures, pommes cuites, café noir, pain azyme. — Dans les campagnes, un moyen facile et économique est le suivant : une feuille d'oseille large et non trouée est trempée dans l'eau bouillante pendant quelques secondes, elle se flétrit et devient souple comme du pain azyme; on l'étale sur une cuiller, on y enrobe la quinine, et le bol ainsi formé est aisément dégluti à la faveur d'une gorgée d'eau ou de tisane (Augé).

1° Voici un sirop avantageux pour les enfants (Augé):

Eau distillée	30 grammes
Sulfate de quinine	1 gramme
Eau de Rabel	Q. S. pour dissoudre.
Ajoutez :	
Sirop tartrique	30 grammes
Sirop simple	40 grammes.
M. S. A.	

2° Chlorhydrate de quinine	0,30 à 1 gr.
Sucre blanc	2 gr.
Faites cinq doses.	
3° Sulfate de quinine	0,30 à 1 gr.
Eau distillée / Sirop de framboises	ââ 20 gr.
Acide sulfurique dilué	V gouttes.
Par cuillerées à café.	
4° Bisulfate de quinine	0,50 à 1 gramme
Eau distillée	80 grammes.
Pour deux lavements.	

(Steiner. *Compendium des mal. des enfants*).

Il paraît que la quinine peut aussi être enrobée dans l'albumine d'œuf battue en écume dans une soucoupe, et que la nausée est moins fréquente par ce moyen (Stockard. (*Bull. de thér.*, 1881).

Staarcke recommande des pilules formées d'un mélange de quinine, d'acide tartrique comme dissolvant et de sucre (*Revue d'Hayem*, 1880).

On a beaucoup vanté les injections hypodermiques de solutions quiniques ; c'est sans doute un excellent moyen dans les cas pernicieux, surtout si le malade est dans l'état comateux. Elles ont l'inconvénient d'être très douloureuses, au point d'être suivies, dans quelques cas rares, de tétanos et de déterminer des abcès assez souvent. C'est le bromhydrate de quinine qui a été utilisé le plus habituellement, puis le sulfo-tartrate, le sulfophénate, etc. D'ailleurs le nombre des sels quiniques expérimentés est considérable et réclamerait une étude comparative approfondie que nous ferons peut-être quelque jour, mais qui serait hors de propos ici.

M. Nunn (hôpital de Midlesex) a utilisé la quinine en injections vésicales chez des malades atteints de cystite chronique avec urines purulentes et fétides (1).

Parmi les essais récents, nous citerons encore les injections uréthrales contre la blennorrhagie (2). Quelques succès ont éte obtenus.

Ces dernières applications dérivent de l'action antiseptique de la quinine; cette propriété et la propriété antithermique sont celles qui ont été le sujet des plus grandes controverses.

(1) *Lancet*. 1878.
(2) *Revue de thérap. medico-chirurg*. 1882.

V

C'est comme antithermique que la quinine a depuis nombre d'années fait ses preuves dans le rhumatisme articulaire aigu, et, seul ou concurremment avec le salicylate de soude, elle constitue le traitement actuellement le plus efficace encore contre cette affection : le salicylate s'attaquant à l'élément douleur, la quinine à l'élément température.

Est-il prudent de pousser jusqu'à des doses très élevées? Le doute est permis, ici comme à propos de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de l'érysipèle, et autres maladies à température excessive, dans lesquelles on peut se proposer de diminuer celle-ci. Il nous semble qu'un et deux grammes sont des doses très suffisantes dans la plupart des cas et ne doivent pas être longtemps prolongées; nous avons vu quelques-uns de nos maîtres manier avec une grande hardiesse des doses de trois, quatre et cinq grammes, mais plus d'un collapsus fatal pourrait en être la conséquence entre des mains moins habiles. Encore est-on certain que l'absorption de ces doses massives se fasse toujours dans ces cas, dans la fièvre typhoïde notamment où l'intestin, malade sur une grande étendue, est devenu si réfractaire à l'absorption?

On s'est proposé, disions-nous, non-seulement de faire baisser la température, mais de combattre l'agent infectieux grâce au sulfate de quinine; il est possible que cette action soit réelle, elle expliquerait les succès obtenus dans certaines septicémies (puerpérale, chirurgicale, piqûre anatomique, charbonneuse) (1). Le salicylate de quinine a été employé, non sans succès, dans la dernière épidémie par M. Vulpian; de même M. Hallopeau avait eu à se louer du sulfate employé concurremment et alternativement avec le calomel et le salicylate de soude.

Mais s'il est, en somme, un fait mis en lumière par les dernières discussions à l'Académie, c'est que la méthode éclectique, dont nous nous étions faits dans ce journal, il y a deux ans, le défenseur, a réuni le plus grand nombre des suffrages.

En résumé, donc, la quinine est et sera toujours un merveilleux médicament, si elle est maniée en temps et lieu convenables : nous sommes pourtant disposés à craindre, comme au sujet du quinquina, qu'on n'en ait un peu trop usé depuis quelque temps, et, puisqu'il est à la mode aujourd'hui de parler du Concordat, nous lui emprunterons notre mot de la fin. Nous élevons contre la quinine l'appel comme d'abus au tribunal de l'opinion médicale.

Paul Gerne.

(1) G. Bracci. *Raccoglitore medico*. 1880.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

LE CAS DE MONSIEUR LE DOCTEUR HOSPITAL

En août 1880, madame d'Hauterive écrivait à M. le Dr Hospital : « Ma tante, madame la comtesse de Grancey, me dit que le canton de Grancey-le-Château est très petit, mais que le poste médical a un très grand rayon, voisin qu'il est du département de la Haute-Marne. *Le maire nous disait*, il y a quelques jours, que le médecin qui s'établirait ici, avec *une pharmacie,* en mettant ses visites à un *prix raisonnable,* gagnerait facilement de huit à dix mille francs. Il lui faudrait *une voiture et un cheval,* car *les courses sont longues*, il aurait la chance alors, etc., etc... »

Et il y avait, dans cette lettre, tant de bonnes chances à la suite les unes des autres, il y avait tant d'affirmations, que M. le Dr Hospital n'hésita pas un instant. Les clientèles de dix mille francs sont rares. Il fallait profiter sans retard du premier avis.

Notre confrère se hâte de transporter ses pénates à Grancey. Il arrive avec cheval et voiture, matériel de pharmacie. Il s'installe tant bien que mal; on lui fait la gracieuseté de loger son cheval de ci, sa voiture de là :c'est la lune de miel.

Bientôt tout change de face; la commune a *son médecin*; mais, hélas ! le médecin n'a pas sa *terre promise.* Le pays est très sain, trop sain; la population n'est pas riche et les communes sont peu populeuses et trop disséminées; deux ou trois grands propriétaires, quelques gros fermiers et le reste, des ouvriers de campagne.

Le médecin s'aperçoit avec douleur qu'il a échangé son cheval borgne contre un cheval aveugle. Il s'adresse aux autorités, leur démontre, par le menu, l'insuffisance de sa situation et réclame une subvention. Il aurait dû commencer par là; mais les frais du déplacement sont faits; il est à la merci du conseil municipal qui s'empresse de déclarer : « 1° Que la commune ne peut, depuis longtemps, avec ses ressources tant ordinaires qu'extraordinaires, boucher *(sic)* son budget, etc... »

En recevant cette réponse, notre confrère en conclut « que la population est trop pauvre et trop faible pour faire vivre *son médecin.* »

D'ailleurs, comme il a fait les frais de son installation, cette amère déception ne suffit pas à le convaincre. Il déploie toute son activité; il court par monts et par vaux, et la nuit et le jour, qu'il vente, qu'il grêle, qu'il neige. C'est en vain ; et au bout de vingt-et-un mois de labeur obstiné, M. Hospital est obligé de convenir de sa méprise, de son erreur; il additionne les colonnes de ses dépenses: elles sont surchargées ; il additionne les colonnes de ses recettes et dans cette période de près de deux longues et pénibles années savez-vous ce qu'il a perçu? quatre mille sept-cent-soixante francs. Vous avez bien lu: deux mille francs par an. Et notez qu'il a cheval, voiture, famille et cette représentation obligée forçant le médecin à affirmer parfois qu'il est content de son sort, afin que le client consente à venir sonner à la porte d'un homme qui peut à la rigueur se passer de lui.

Nous ne pouvons omettre cet éloquent détail que, sur les deux mille francs de recettes annuelles, le praticien a versé, à son droguiste, la somme de huit cents francs !

Combien de médecins qui, dégoûtés, lassés, déçus, n'ont pas le courage de se redresser et d'aller chercher fortune ailleurs! fortune, c'est trop dire. M. le Dr Hospital se résolut à rechercher une situation plus décente.

En quittant le poste de Grancey, comme il faisait partie d'une société de médecins, il crut de son devoir de prémunir, par un avis inséré dans le journal de la société, ses confrères, contre la tentation qui pourrait les prendre, eux aussi, de se laisser leurrer, comme lui, aux perspectives magnifiques qu'on lui avait fait entrevoir.

Cet acte était un devoir de solidarité, un devoir professionnel étroit. L'avis confraternel est publié en mars. En juillet, M. le Dr Hospital est invité à le rétracter sous peine de *dix mille francs* de dommages et intérêts à verser à la commune de Grancey, obérée de longue date.

Le jour même, M. Hospital signe la rétractation dans les termes qu'on lui dicte. Dès lors la situation de la municipalité de Grancey est inattaquable. Elle triomphe ; il ne s'agit plus de savoir si M. le Dr Hospital a ou non le droit de prémunir ses confrères contre les suites d'une installation onéreuse et sans issue. Il a signé ; il doit rétracter et payer s'il ne rétracte pas.

M. Hospital a un défaut irrémissible. Il n'a pu dans son séjour à Grancey, économiser les dix mille francs qu'on lui réclame. Il ne réfléchit pas qu'il a fait un acte légitime, un acte confraternel ; qu'il appartient à une société qui a pour devoir de l'assister et sur laquelle il peut compter. Dix mille francs à verser *hic et nunc.* Il signe des deux mains. Qui pourra lui en faire un sérieux reproche, à ce père de famille? On l'a accusé d'avoir volé les tours de Notre-Dame, de les avoir emportées; il avoue !

Dès lors, il est condamné ; certes il y a des juges à Nancy! Mais l'écrit est là ; on ne jugera pas sur le fond, sur le droit absolu de M. Hospital: il a signé, il s'est reconnu coupable. Il n'a pas à songer à un procès ; le procès est perdu d'avance.

Eh bien, Monsieur le Maire, Messieurs les Conseillers de Grancey, si vous aviez quelque lecture, comme M. Hospital, vous sauriez, vous aussi, que les assemblées comme les foules sont parfois cruelles, et ridicules par surcroît.

Nous avons raconté le cas de M. le Dr Hospital afin que nos lecteurs en fassent leur profit. A. C.

II

LES REMPLACEMENTS GRATUITS.

Un de nos confrères du département de Seine-et-Oise a été atteint, au mois d'octobre dernier, d'une maladie contractée auprès de ses malades. Il s'est fait remplacer, et réclame aujourd'hui du *Concours* le remboursement des frais de remplacement, en vertu de la décision prise à la dernière Assemblée générale. Le comité ne lui accorde que les trois cinquièmes de la somme dépensée de ce chef, se réservant de lui verser les deux cinquièmes restant à la fin de l'année si la somme prévue au budget n'est pas épuisée. Les motifs de cette réduction sont les suivants :

1° Le Dr X. n'a pas prévenu à temps voulu le *Concours* qui lui aurait fourni un remplaçant.

2° Il est juste que, si nous faisons les frais d'un remplacement, des membres du *Concours*, ou tout au moins des remplaçants envoyés par lui, en profitent.

L'administration du *Concours* désire que les membres malades, qui demandent à user du droit que l'Assemblée du 17 septembre dernier leur a reconnu, préviennent des dispositions qu'ils ont prises ou de celles qu'ils voudraient que l'on prît en leur faveur.

III

LA PUBLICITÉ DU *CONCOURS MÉDICAL*.

Mes fonctions de secrétaire du Comité d'études des annonces me valent une correspondance assez suivie, et naturellement dans cette correspondance la première place revient aux questions qui touchent plus ou moins directement à la publicité du *Concours*.

Autant qu'il m'est possible, je réponds directement à mes nombreux correspondants, mais il est une question qui revient si souvent que je voudrais, une fois pour toutes, la traiter à fond et l'élucider complètement.

Quels sont les devoirs des membres du CONCOURS *au sujet de sa publicité*? Voilà certes une question qui n'est pas nouvelle, qui a été exposée à maintes reprises, sur laquelle s'expliquait dernièrement mon excellent confrère et ami Geoffroy et qui, malgré tout, me paraît, pour beaucoup de nos confrères, aussi peu comprise qu'au premier jour.

Peut-être en essayant, à mon tour, d'exposer l'affaire serai-je plus heureux et parviendrai-je à édifier ceux du moins qui voudront lire ces quelques lignes.

Il est de bon ton, dans la presse médicale, de paraître ignorer tout ce qui s'imprime aux annonces et, d'autre part, je ne jurerais pas que sur les quinze mille médecins français, il s'en trouve beaucoup pour prendre plaisir à lire et méditer les inepties qui, trop souvent, se rencontrent dans ces annonces.

Les gérants et administrateurs délégués empochent les gros sous qui font vivre la rédaction en dépit de son apparent dédain, et le public médical s'abstient soigneusement de mettre le nez dans ce fatras d'affirmations, d'attestations, de récompenses, de médailles et d'approbations plus ou moins authentiques qu'enregistrent des caractères de toutes formes et de toutes dimensions.

C'est contre cet état de choses qu'a voulu réagir le *Concours* : rompant avec la routine, il a hautement déclaré qu'il acceptait la responsabilité de tout ce qu'il publiait, aussi bien en fait d'annonces que d'articles scientifiques ou professionnels. Il a accepté franchement le patronage des produits qu'il annonce et n'hésite pas à dire à ses lecteurs : donnez à ces produits la préférence sur les produits similaires.

Il fallait, pour cela, faire subir aux médicaments pour lesquels l'annonce, c'est-à-dire l'approbation et la recommandation étaient sollicitées, un examen sérieux qui permît de ne laisser passer que des médicaments irréprochables. Un comité spécial fut institué, un programme dressé et, après approbation des membres de notre société, le travail commencé.

C'est au nom de nos adhérents que comité et directeur traitèrent et, du fait même de l'acceptation de l'annonce, certains devoirs incombèrent aux membres du *Concours*.

Théoriquement, le comité d'études représente la société du *Concours* et sa décision devrait engager tous les membres ; — mais, qu'on se rassure, *nous ne prétendons pas*, au comité, *être infaillibles*, et *nous respectons trop l'opinion de chacun de nos confrères pour vouloir même paraître leur imposer notre manière de voir.* — Nous nous attendons donc, en pratique, à voir nos décisions, quelque soin que nous apportions à les formuler, critiquées par certains et même repoussées par d'autres. Nous n'en regardons pas moins ces confrères comme des membres dévoués de notre société, et nous nous contentons des autres actes de solidarité qu'ils nous peuvent offrir.

Je pense donc qu'ainsi sont sauvegardées, autant qu'il est possible, la *dignité et l'indépendance du médecin*. — Nous lui reconnaissons le droit de donner sa préférence à la marque qui lui semble la meilleure, dût-il, en agissant ainsi, aller à l'encontre des recommandations que nous lui adressons. — Mais cette liberté d'action comporte nécessairement une étude préalable, un examen raisonné, et je crois qu'il nous est permis de demander aux membres du *Concours* de vouloir bien expérimenter avant de se décider.

Nos adhérents ont le devoir d'examiner les produits que nous leur proposons et de faire cet examen sans parti-pris d'aucune sorte. Si les conclusions que l'un d'eux tire de son étude sont contraires à celles que nous-mêmes avons tirées, il s'abstiendra ; mais si l'expérimentation, à laquelle il se sera livré, confirme les résultats que nous avons obtenus, ce sera pour lui un devoir strict de donner au produit annoncé par le journal la préférence sur les produits similaires.

Nous allons plus loin et n'hésitons pas à dire

qu'à valeur égale entre deux marques, le membre du *Concours* a le devoir de donner la préférence à celle qu'a choisie le comité d'études, car c'est en agissant ainsi qu'il pourra donner à l'œuvre de solidarité confraternelle, qu'il a hautement approuvée par son adhésion, toute la force, toute la puissance d'action qu'il doit lui souhaiter.

J'entends une objection : les marques que recommande le *Concours* sont chères et hors de la portée de certaines bourses ; — il est certain que le *Concours*, s'il n'avait recherché que le bon marché, aurait dû faire des choix différents ; mais il a pensé, (et il avait ses raisons pour cela) qu'en pharmacie, comme ailleurs, « *on n'en avait jamais que pour son argent*. » Il s'est assuré que les produits qu'il adoptait avaient une valeur véritable, que les spécialités plus ou moins similaires, qui font la concurrence du bon marché, étaient généralement défectueuses, et il en a conclu, en toute logique, qu'il était plus avantageux pour le client de payer cher de bons produits, que de payer *presque aussi cher* de mauvais produits.

Cette réserve faite, je concéderai volontiers que, dans la clientèle indigente, chez les gens dont le médecin doit ménager les maigres ressources, certains de nos produits ne sont guère de mise; — mais je ne puis m'empêcher de remarquer que cette dernière objection sert trop souvent à masquer l'indifférence ou la négligence en pareille matière.

Tous nous devons nous comprendre, sans insister autrement, et il serait superflu de citer des exemples : donc la cause est entendue et je conclus :

Manque à ses devoirs tout membre du *Concours* qui, par négligence ou autre cause, n'expérimente pas par lui-même les produits dont l'annonce est consentie par le comité d'études.

Manque à ses devoirs tout membre qui, ayant expérimenté un produit adopté par le *Concours* et lui ayant reconnu la valeur véritable qui a déterminé son adoption, ne lui accorde pas la préférence sur les produits similaires.

Dr A. GASSOT.

LISTE DES BUREAUX DES SYNDICATS

AU 31 DÉCEMBRE 1883.

Le *Concours médical* publie, dans le premier numéro de sa *cinquième* année, les noms et adresses des membres des *Bureaux* des Syndicats, constitués à l'heure actuelle. Cette liste n'est pas encore complète; nous la tiendrons ultérieurement à jour et la reproduirons.

La société du *Concours médical* a fait tous ses efforts dans le passé et n'en épargnera aucun, dans l'avenir, pour justifier le sous-titre qu'elle prend dès aujourd'hui dans son journal, d'ORGANE DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE.

Elle a consacré et consacrera une portion des ressources communes à propager le mouvement d'association qu'elle a provoqué la première. Elle veut que ce mouvement prenne tout son développement, et produise toutes ses conséquences en faveur de l'union et de la considération du corps médical.

Le nouveau sous-titre du *Concours médical* lui impose des devoirs que ses deux mille quatre cent-soixante cinq membres l'aideront à remplir; la direction ne faillira pas à ses devoirs, et elle espère bien que ses adhérents lui prêteront une assistance chaque jour plus effective, et qu'elle ne cessera de leur réclamer.

Syndicat de la Manche

ARRONDISSEMENT DE SAINT-LÔ

Président : M. LHOMOND, de Saint-Lô.
Vice-Président : M. MAQUEREL, de Saint-Lô.
Secrétaire : M. ALIBERT, de Saint-Lô.

Syndicat du Lot-et-Garonne

Président : M. MOUCHET, d'Agen.
Syndics : M. CORTEZ, d'Agen.
M. VERDO, de Marmande.
M. LANDARRABILCO, de Nérac.
M. COURREJOL, de Villeneuve-sur-Lot.
Secrétaire-Trésorier : M. CASSIUS, de Layrac.

Syndicat de Maine-et-Loire

ARRONDISSEMENT DE BAUGÉ

Président d'honneur : M. CÉZILLY, directeur du *Concours médical*
Président : M. CHEVALIER, de Baugé.
Syndics : M. MARCHAND, de Durtal.
M. PÉRIGAULT, de Vernantes.
M. CHEVALIER, de Beaufort.
Secrétaire-Trésorier : M. BOËLL, de Baugé.

Syndicat du Finistère

Président : M. MORVAN, de Brest.
Vice-Président : M. PROUFF, de Brest.
Syndic : M. GESTIN, de Brest.

Syndicat de la Seine-Inférieure,

ARRONDISSEMENT DU HAVRE.

Président : M. MARGUERITTE, au Havre, 112 bis, Boulevard de Strasbourg.
Syndics : M. LE MERCIER, au Havre, 74, rue du Lycée.
M. LECADRE, oncle, au Havre, 13, rue Fontenelle.
M. DE PREZ-CRASSIER, au Havre, impasse Dagobert.
M. GIBERT, au Havre, 41, rue Sery.

Syndicat du Médoc.

Président : M. RASAILLAC. de Margaux (Gironde).
Vice-Président : M. FAUCHEY, de Saint-Vivien.
Assesseurs : M. EYQUEM, de Saint-Médard-en-Yale.
M. LENOURICHEL, de Lesparre.
M. RABRE, de Pauillac.
Secrétaire-trésorier : M. DUPEUX, de Lestrac.

Syndicat de la Haute-Loire.

ARRONDISSEMENT DE BRIOUDE.

Président : M. NOIR, de Brioude.
Syndics : M. DEVINS, de Brioude.
M. GALLIEL, de Langeac.
Secrétaire : M. DEVERNOIS, de Brioude.

Syndicat du Var.

ARRONDISSEMENT DE BRIGNOLLES.

Président : M. BÉGUIN, de Roquebrussane.
Vice-Président : M. PATRITTI, de Brignolles.
Syndic : M. GUIGUE, de Saint-Maximin.
Secrétaire : Trotobas, de Garéoult.

Syndicat des Basses-Cévennes.

Président honoraire : Dr PECHALIER professeur agrégé à la faculté de Montpellier.
Président : M. AUGUIER, de Sommières.
Vice-Président ; M. MAZEL, d'Anduze.
Secrétaire-trésorier : M. CAMBASSÉDÈS, Le Vigan.
Syndics : M. BOURGUET, de Lasalle.
M. CARRIÈRE, de Saint-André de Valborgne.

Syndicat du Cher.

RÉGION NORD.

Président : M. PERUSSAULT, d'Henrichemont.
Syndic : M. DECERNIÈRE, de Sancergues.
Secrétaire : M. COURRÈGES, des Aix-d'Angillon.

Syndicat de l'Isère.

SYNDICAT DE VOIRON.

Président : M. GÉRIN, de Rives.
Trésorier : M. BOUCHER, de Voiron.
Secrétaire : M. PONTET, du Grand-Lemps.

Syndicat de la Vendée.

ARRONDISSEMENT DE MONTAIGU.

Président : M. MIGNEN, de Montaigu.
Vice-Président : M. GOUIN Alfred, de Montaigu.
Syndics : M. COUDRIN père, de Laboissières-Montaigu.
M. DUMAS, de La Bruffière.
Secrétaire-trésorier : M. GOUIN Alphonse, de Montaigu.

Syndicat du Loiret.

Président : M. HALMAGRAND, père, d'Orléans.
Vice-Président : M. DEVADE député, de Gien.
Secrétaire-Trésorier : M. GASSOT, fils, de Chevilly.

CERCLE DE L'ARRONDISSEMENT D'ORLÉANS.

Président : M. CHIPAULT, d'Orléans,
Syndics : M. HALMAGRAND fils, d'Orléans,
M. POPIS, de Chécy,
M. VERDUREAU, de Patay,
Secrétaire : M. BEAUGIEUX, d'Orléans,

CERCLE DE L'ARRONDISSEMENT DE GIEN.

Président : M. DEVADE de Gien,
Syndics : M. DEFAUCAMBERGE, de Gien,
M. PATRON, de Gien,
Secrétaire : M. MAYDIEU, de Coullons,

CERCLE DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTARGIS.

Président : M. BILLOUX, de Cépoy,
Syndics : M. VIEILLARD, de Lorris,
M. HENRIOT, de Montargis,
M. DENANCE, de Varennes,
M. LAMBRY de Chateaurenard,
Secrétaire : Dr LAMBRY, de Courtenay,

CERCLE DE L'ARRONDISSEMENT DE PITHIVIERS

Président : M. AUGÉ père, de Pithiviers,
Syndics : M. PRUD'HOMME, de Pithiviers,
M. MORA, de Bazoches-les-Gallerandes,
M. FROC, de Sermaises,
M. MORAND, de Pithiviers,
M. PENOT, de Malesherbes,
Secrétaire : M. AUGÉ fils, de Pithiviers,

Syndicat de la Dordogne

ARRONDISSEMENT DE SARLAT.

Président : M. BOISSARIE, de Sarlat
Secrétaire : M. DESTORD, de Sarlat.
Trésorier : M. SARRAZIN, de Sarlat.

Syndicat de l'Aisne

VALLÉES DE L'AISNE ET DE LA VESLES.

Président : M. DULIEU, de Longueval.
Vice-Président : MM. ANCELET, de Vailly.
Secrétaire : M. LÉCUYER, de Beaurieux.

Syndicat des Deux-Sèvres.

Président : M. ROULAND, de Niort.
Vice-Président : M. PELLEVOISIN, de Beauvou.
Secrétaire-Trésorier provisoire : M. FAYARD, de Niort.
Syndic : M. BOUDART, de Sauzay-Vaussais.

Syndicat de la Seine-Inférieure

ARRONDISSEMENT DE ROUEN.

Président : M. LEVASSEUR, de Rouen.
Vice-Président : M. NICOLLE, de Rouen.
Secrétaire-Trésorier : M. TOURNEUX, de Rouen.

Syndicat d'Indre-et-Loire.

Président d'Honneur : M. RENAUD, de Loches.
Président : M. BOUTHERY, de Langeais.
Vice-Présidents : M. BOUTIER, de Loches.
M. Hyp. THOMAS, de Tours.
Secrétaire Général : M. BERRY, de Langeais.
Secrétaire Adjoint : M. DELAVENTE, de Rivnrennes.
Trésorier : M. SCHOOFFS, de Tours.
Conseil judiciaire : M. CARRÉ, avocat à Tours.
Mandataire du Syndicat : M. BRISSET, à Tours, place Velpeau, No 17.

Syndicat de la Charente.

ARRONDISSEMENT D'ANGOULÊME.

Président : M. DESALLÉES de la Rochefoucauld.
Secrétaire-trésorier : M. MAINTENON, d'Angoulême.

ARRONDISSEMENT DE RUFFEC.

Vice-Président : M. PAUTIER, à Aigre.

ARRONDISSEMENT DE CONFOLENS.

M. BLANCHIER, à Chasseneuil.

ARRONDISSEMENT DE COGNAC.

M. SALLÉES, à Segonzac.

Syndicat de Meurthe-et-Moselle.

Président : M. DELIGNY, de Toul,
Vice-Président : PITOY, de Nancy,
Secrétaire-trésorier : M. CHAPUY, de Toul,

Syndicat de la Haute-Savoie

ARRONDISSEMENT DE THONON :

Président : M. PINGET.
Vice-Président : M. GENOUD.
Secrétaire-trésorier : M. DUMUR.

Syndicat de la Nièvre.

ARRONDISSEMENT DE NEVERS :

Président Syndic, M. ROBERT St-CYR PÈRE,
Secrétaire, M. JOURDAN, du Mazeau,
Trésorier, M. ROBERT St-CYR Victor,
Délégué : MIGNOT.

ARRONDISSEMENT DE COSNE :

Président Syndic, M. BLANDIN,
Secrétaire, M. MOINEAU,
Trésorier, M. LAURENT,
Délégué M. PIERRER.

ARRONDISSEMENT DE CLAMECY.

Délégué : M. MARINGE.

ARRONDISSEMENT DE CHATEAU-CHINON.

Délégué : M. JOUANNIN.

Syndicat des départements de la Gironde, Charente-Inférieure et Dordogne.

SYNDICAT DE COUTRAS.

Président : M. CAUSSADE, de Saint-Médard (Gironde).
Vice-Président : BARAT-DULAURIER, de Saint-Antoine sur l'Isle (Gironde).
Assesseurs : M. DALLIDET, de Larochechalais (Dordogne).
M. LAFITTE, de Coutras (Gironde).
Secrétaire-Trésorier : M. CHAYRON de Villefranche de Longchapt (Dordogne).

Syndicat de l'Allier

CANTON D'HURIEL.

Syndic : M. X.

Secrétaire-Trésorier : M. DESMAROUX, d'Huriel (Allier).

Syndicat de la Charente-Inférieure.

ARRONDISSEMENT DE LA ROCHELLE ET ROCHEFORT

Président : M. LAFON, de Sainte-Soulle (Charente-Inférieure).
Vice-Présidents : M. MOREAU, de la Rochelle (Charente-Inférieure).
M. BARTHE, de la Rochelle (Charente-Inférieure).
Syndics : M. DUBOIS, de Marans (Charente-Inférieure).
M. LAURENT, de Saint-Xandre (Charente-Inférieure).

Syndicat de l'Aisne.

CANTON DE ROSOY-SUR-CÈRE.

Président : M. GÉRARD, de Montcornet (Aisne).
Vice-Président : M. MOSSUL, de Chaumont-Porcien (Ardennes).
Secrétaire-Trésorier : M. MORA, de Brunehamel (Aisne)

Syndicats actuellement en organisation.

BOUCHES-DU-RHONE ;	CORRÈZE ;
ORNE ;	SAONE-ET-LOIRE ;
DROME ;	INDRE ;
AIN ;	MARNE ;
SOMME ;	GERS ;
SEINE-ET-MARNE ;	SARTHE ;
VIENNE ;	GIRONDE (BORDEAUX) ;
HAUTE-GARONNE ;	DORDOGNE ;
YONNE ;	NORD ;
VOSGES ;	OISE ;
COTE-D'OR ;	AVEYRON ;
PAS-DE-CALAIS ;	AUDE ;

Nous prions les membres des Bureaux de vouloir bien nous aviser dès la Constitution et nous publirons.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DES MÉDECINS DU MÉDOC.

Notice par M. RAFAILLAC *(de Margaux).*

(Communication faite à l'Assemblée d'Automne de l'Association des médecins de la Gironde, tenue à Pauillac, le 15 octobre 1882.)

Messieurs,

Vous n'êtes pas sans avoir entendu parler peu ou prou des Syndicats médicaux, soit comme fait accompli, soit à l'état de projet.

Ce moyen de défense professionnelle, et c'en est un, a été diversement apprécié. Vous nous permettrez d'apporter notre appoint à l'étude en question.

Une Chambre syndicale a été instituée en Médoc ; elle vit, elle fonctionne, et comme elle poursuit les mêmes fins que l'Association, nous avons pensé qu'il n'était pas hors de saison de vous exposer ici, en peu de mots, pourquoi elle s'est créée, ce qu'elle veut et surtout, point capital, ce à quoi elle est arrivée.

L'idée qui a présidé à la fondation du Syndicat est aussi vieille que le monde, puisqu'elle a inspiré la formation de la première société. Vous me dispenserez, Messieurs, d'en faire l'historique, et d'étaler à vos yeux les merveilles qu'elle a produites dans la longue série des siècles. N'oublions pas, cependant, de dire que l'Association générale est une heureuse application de ce principe :

Voyez si vous romprez ces dards liés ensemble ;
Je vous expliquerai le nœud qui les assemble.

L'Association et le Syndicat sont donc nés de la même idée. Non seulement ils ont une même origine, mais encore ils tendent à un but commun : amélioration de la profession médicale, avec cette distinction cependant, qu'ils s'y rendent par des chemins différents.

L'Association générale, et j'imagine bien ne pas commettre d'hérésie, vient surtout en aide aux confrères qui ont été plus au moins éprouvés dans la lutte pour la vie, et qui sont revenus du combat plus ou moins invalides. Elle répare les pertes. C'est une action douce, bienfaisante, j'allais dire maternelle ; et, comme pour tout ce qui revêt ce caractère maternel, nous professons pour elle des sentiments d'amour et de reconnaissance.

Le Syndicat, au contraire, prête des armes aux combattants, les soutient dans le feu de l'action, les discipline et les dirige pour les mener plus sûrement à la victoire.

Je ne veux point dire que l'Association ne se soit également proposée d'accomplir cette mission. Le fait-elle ? Non. A Dieu ne plaise qu'on voit là l'ombre d'un reproche ; elle est tout excusée par le fait même de sa constitution. Si vous voulez me permettre encore cette comparaison, je dirai que l'Association est une grande armée à la moderne, où, de l'avis des généraux, les sous-officiers constituent un élément des plus importants. Les Syndicats ! voilà les sous-officiers de notre grande armée.

A côté de dédommagements et de satisfactions, la profession médicale est en butte à des ennuis, à des tracasseries de tout instant, toujours les mêmes quant au fond, mais cependant d'aspects différents, suivant les contrées. C'est au Syndicat qu'il appartient de nous en délivrer ou au moins d'en atténuer les effets. C'est le Syndicat qui doit rendre la profession raisonnablement rémunératrice et empêcher que les médecins ne forment encore une belle lignée de dupes. Institution locale et en quelque sorte autochtone, il fait ses lois basées sur les habitudes et les tendances du pays, se donne des chefs, s'occupe des intérêts locaux, règle ces menus détails et ces mille petits riens qui constituent la presque totalité de notre vie. Il est en bonne position de bien juger les besoins de sa circonscription et d'y porter secours. Dans la seule Gironde, on parle plusieurs langues, ou, si l'on veut, plusieurs idiomes, et chacun sait qu'il faut vraiment être du pays même pour en saisir les nuances.

Ces considérations n'étaient pas inutiles pour montrer que nous ne faisons pas double emploi avec l'Association et que, si les idées sont les mêmes, le Syndicat fournit du moins les moyens de mettre en pratique les principes de l'Association.

Du reste, l'événement a prouvé que l'idée était bonne et répondait à un besoin.

Dès que notre zélé secrétaire, à qui revient l'honneur de l'initiative, eut lancé son invitation, presque tous les confrères entendirent son appel, et, aujourd'hui encore, nous comptons dans nos rangs la presque totalité des médecins du Médoc. Si nous ne les avons pas tous, hélas ! c'est que les uns sont des indifférents incorrigibles que rien ne peut tirer de leur torpeur. Ils ont résisté à nos appels successifs, et, Gaulois au rebours, il ne faudrait rien moins que la chute du ciel pour les faire sortir de leur indifférence. Nous nous refusons à croire que leur absence doive être imputée à la malveillance ou au parti-pris de se tenir éloignés de nos confrères que réunit un péril commun.

Les autres ont fui à l'aspect de notre tarif d'honoraires, dont cependant chacun peut apprécier les termes modérés. Habitués à des honoraires d'un autre âge, ils se croient toujours dans la première moitié du siécle, oubliant que tout a marché autour d'eux. C'est encore aux Sociétés de secours mutuels que nous sommes redevables de ces abstentions.

D'autres enfin, les moins nombreux, se sont laissés aller au découragement, désespérés de voir qu'en six mois nous n'avions pu aplanir toutes les collines ni combler toutes les vallées. Ils se sont retirés de l'œuvre commune, comme s'il était possible à des campagnards, et en pleine campagne, d'oublier la vérité de cet adage printanier :

Petit à petit
L'oiseau fait son nid.

A tous ceux-là nous n'adressons aucune parole de blâme et nous ne formons contre eux aucun projet sanguinaire. La Chambre Syndicale est et restera ouverte à chacun, pourvu qu'on présente à la porte, comme carte d'entrée, un certificat d'honnêteté dont, nous avons l'orgueil de le dire, chaque confrère du Médoc est muni.

Le Syndicat étend son action plus loin encore ou, du moins, porte des fruits précis. Ne voit-on pas de quelle utilité il sera pour les jeunes docteurs en quête d'un poste? Le président de la Chambre syndicale est merveilleusement placé pour connaître les besoins et les ressources de la région, donner des renseignements exacts et précis, en un mot fournir au jeune confrère des cartes topographiques pour qu'il se dirige dans un pays inconnu mais non inexploré. Par les renseignements exacts et précis, il empêchera de ces fausses manœuvres, de ces installations précipitées et successives, où le jeune confrère s'épuise en stériles efforts, jusqu'à ce que, vaincu par le destin, il soit forcé de songer à la retraite et d'aller tenter ailleurs l'emploi de sa jeunesse et de son activité. Nous en avons vu, ici même, de malheureux exemples.

Le Syndicat est donc utile, non seulement aux confrères en activité, mais encore à ceux qui demandent à prendre du service.

Mais, jusqu'ici, ne semble-t-il pas que nous n'ayons parlé qu'en espérances! Vous attendez impatiemment que je vous montre les fruits que nous avons pu recueillir, et vous êtes ardemment désireux de connaître les résultats pratiques.

Les voici :

La Chambre syndicale a eu pour premier résultat, pour résultat incontestable, d'établir entre confrères des relations sympathiques et de nous animer de dispositions bienveillantes les uns pour les autres. C'est déjà un grand point. L'Association générale ne nous prêche-t-elle pas en toutes circonstances, comme chose essentielle, l'entente et la concorde?

Soyez joints, mes enfants, que l'amour vous accorde!

Ne nous a-t-elle pas dit souvent que le public rit et bénéficie de ces tiraillements entre médecins? Et notre vice-président, le Dr Hameau, connaissant bien les souffrances de la portion médicale *extra-muros*, n'a-t-il pas mis tout son cœur et toute son intelligence à traiter ce sujet et dans la réunion de la Réole 1878, et dans celle d'Arcachon 1879? Les moyens qu'il indique pour resserrer le lien confraternel sont excellents. Eh bien! c'est justement le Syndicat qui donne toute facilité pour mettre en pratique ces moyens recommandés.

D'où vient que nous, médecins, qui autrefois, alors que nous étions étudiants, formions un peuple joyeux et uni, le cœur débordant de gaîté expansive, animés de l'esprit de corps et de bonne camaraderie, d'où vient, dis-je, que nous avons perdu ces sentiments généreux de notre jeunesse et qui se perpétuent de tradition dans les écoles.

Ah! c'est que nous ne nous voyons pas; nous ne nous fréquentons pas, nous sommes de diverses générations et nous négligeons d'entrer en connaissance, et peu à peu, les exigences de la clientèle aidant, excités par les rapports plus ou moins charitables de voisins plus ou moins dévoués, nous nous isolons de plus en plus, notre caractère s'aigrit et nous devenons intraitables, méritant cette parole éternellement vraie : *Væ soli!*

Le Syndicat prévient cette catastrophe.

Deux ou trois fois par an, des confrères d'une même région, susceptibles d'être appelés à opérer sur le même terrain, ou même ayant leurs clientèles enchevêtrées, se retrouvent dans des réunions amicales et tout à fait professionnelles. Tout d'abord s'agitent les questions d'intérêt local; chacun fait part de ses réflexions, puis expose ses difficultés, soumet les cas graves à l'expérience et à la sagesse des confrères, toujours au point de vue professionnel; ce sont des entretiens sur les difficultés du temps et les meilleurs moyens de n'y pas succomber. Puis, le sujet des conversations étant épuisé, nous conformant à l'exemple de notre illustre et chére Association, et sachant bien, d'ailleurs, que l'homme est un composé d'une âme et d'un corps, nous terminons par un repas modeste, déjeuner simple et frugal, mais où, par respect pour cette terre féconde qui nous porte, vous vous l'imaginez sans peine, et nous l'avouons sans fausse honte, nous avons autre chose que des poires pour la soif; et vraiment, avec ces solutions antiseptiques d'un nouveau genre, comment pourraient persister des ferments de discorde? Qui donc pourrait ne pas trouver très agréable de se voir, de se réunir, de se trouver groupés à la même table comme les membres d'une même famille?

Avant le Syndicat, nous ne nous connaissions pas, c'est à peine si nous savions le nom de nos confrères, depuis nous sommes devenus amis, nous apprenons à être aimables les uns pour les autres, et l'amabilité envers les confrères c'est la vraie et, en temps ordinaire, la plus méritoire; nous nous sentons naturellement portés à nous traiter non plus en concurrents, mais en bons confrères, et nous nous retirons bien disposés à suivre franchement les régles de déontologie médicale, connaissant désormais le confrère en faveur de qui nous devrons les observer.

La Chambre syndicale n'aurait-elle eu que cet avantage d'établir des relations amicales entre médecins, qu'elle mériterait par cela seul d'être reconnue établissement d'utilité professionnelle; mais il en est d'autres.

Quelles plaintes le corps médical n'a-t-il pas poussées contre les sociétés de secours-mutuels? Et nous, si fiers de notre indépendance, n'avons-nous assez gémi sous ce régime de fer? Le vœu Surmay est là pour en témoigner et rappeler toutes les communications à ce sujet. Eh bien! Le Syndicat est là pour permettre de lutter avec avantage et d'améliorer la position. Dans quelques

communes, notamment du côté de Margaux, nous avons pu élever le tarif d'abonnement, et, si la réforme n'a pas été générale, c'est que, pour l'établir il faut une entente préalable, et qu'un seul confrère dissident, dans la région intéressée, doit faire nécessaire ajourner l'amélioration.

Grâce au Syndicat, il a été facile d'augmenter le prix des visites pour certains pays qui avaient été oubliés en quelque sorte. Le changement s'est fait d'ailleurs avec modération, et il était parfaitement indiqué.

S'appuyant sur les statuts et faisant valoir leur autorité, quelques confrères ont eu beaucoup plus de facilité pour opérer certains reconvrements douteux, et, à quelques autres, on a rendu ce service important de les forcer à mettre un peu d'ordre et de soin dans leur comptabilité.

Enfin, sans appliquer l'invention du livre noir, à peu près repoussée en France, les confrères exerçant dans le même pays ont tout intérêt à se faire connaître les noms des clients mal intentionnés ou trompeurs, qui mettent tous leurs soins à abuser tour à tour de chaque médecin.

Contre l'exercice illégal de la médecine, nous n'avons presque rien obtenu. C'est une tumeur de mauvaise nature ayant tendance à se reproduire et à repulluler sur place après l'opération la plus radicale. Vouloir l'extirper complètement, c'est une peine perdue : de plus puissants que nous, vous le savez, Messieurs, y ont perdu leur temps ; autant vaudrait tenter d'ailleurs de faire disparaître la sottise humaine. Mais nous ne sommes pas désarmés pour cela ; ne pouvant l'attaquer de front, nous avons à notre disposition de petits moyens dont l'efficacité sera jugée par l'avenir. Nos statuts conseillent de n'aller voir un malade sorti des mains d'un médicastre, ou portant des traces manifestes d'un traitement illégal et profane, qu'en provoquant une consultation avec un confrère, partout où la chose est possible.

On nous objectera peut-être que nous encourons de la sorte le reproche de frapper d'une amende pécuniaire les partisans et les clients de l'illégalité et de les toucher à un endroit vraiment trop sensible. Nous répondrons à cela que nous avons en vue de sauvegarder surtout la dignité professionnelle et de mettre à couvert la responsabilité du médecin traitant, quelle que soit l'issue du traitement dont nous n'avons pas eu les débuts.

Je ne veux point lasser votre bienveillante attention en passant successivement en revue tous les points visés par le Syndicat : nous nous occupons de tous les *desiderata* de la profession qui risquent, hélas ! de rester longtemps encore des *desideranda*. Mais nous ne perdons pas courage ; tout ce qui, de près ou de loin, touche à la profession, à son libre exercice, est l'objet de notre sollicitude, jusqu'à ce qu'enfin nous soyons dégagés de toutes entraves, c'est-à-dire qu'il y aura toujours du travail pour nous, pour les générations futures, et qu'il en sera ainsi jusqu'à la fin des temps. On ne nous accusera pas du moins de nous bercer d'illusions, et, si nous nous proposons de faire mieux, nous sommes contents de ce que nous avons acquis et nous y puisons l'espérance que chaque chose se fera en son temps. *Tout vient à point à qui sait attendre.*

Dans ce rapide exposé, messieurs, j'ai fait tous mes efforts pour exprimer comment je comprenais l'utilité d'une Chambre syndicale et aussi pour vous faire connaître les résultats qu'elle nous a donnés, à nous qui en avons fait l'épreuve.

Nous aurions une satisfaction de plus, et ce ne serait pas la moindre, si notre exemple profitant à quelques-uns de nos confrères, si nous avions pu faire partager notre conviction intime, et persuader à chacun que nous trouvons, dans cette institution, un moyen facile d'augmenter notre force physique et morale. Notre force morale, en entretenant des rapports de bonne confraternité qui nous mettent bien à notre place dans l'estime publique, notre force physique, en nous procurant cette entente complète qui, seule, nous permet de déjouer les pièges tendus à notre esprit d'humanité et de condescendance.

Maintenant, pour finir, je ne veux point demander à l'Association d'accepter des conclusions favorables, de protéger l'œuvre des Syndicats et de se les rattacher de quelque manière ; non, je crois qu'il vaut mieux, pour l'heure du moins, que les Syndicats naissent de l'initiative privée, qu'ils se régissent eux-mêmes, en se donnant leurs lois et leurs chefs, et qu'ils soient maîtres absolus et responsables de leurs actes ; la devise de chacun doit être le commun proverbe :

Ne t'attends qu'à toi seul.

Plus tard, lorsque les Syndicats seront formés de toutes parts, qu'ils auront affirmé leur existence et fait leurs preuves, espérons que le Corps médical de la Gironde, jetant autour de lui un regard satisfait, et voyant régner dans son domaine la vraie confraternité, poussera ce cri de triomphe si bien exprimé par ce quatrain de notre ami le Dr Rabère.

Médoc, Landes, Blayair, Bénange, Entre-deux-Mers,
Bazadais, Libournais, dont nous sommes fiers,
Vous êtes les plus beaux fleurons de ma couronne,
Vous nous avez montré ce que l'union donne.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'hygiène et d'éducation de la première enfance, par le docteur BOURGEOIS, médecin-major. Un vol. in-18, cartonné diamant, de 200 pages, Prix : 3 francs. — A la librairie O. Doin, place de l'Odéon, 8.

Manuel pratique de Laryngoscopie et de Laryngologie, par le docteur G. POYET, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8, cartonné diamant, de 400 pages avec 35 figures dans le texte et 24 dessins en couleur hors texte, prix d'après nature. Prix : 7 fr. 50. — A la librairie O. Doin, place de l'Odéon, 8.

Manuel pratique des Maladies de l'Oreille par le docteur GUERDER. Un volume in-18, cartonné diamant, de 320 pages. Prix : 5 francs. — A la librairie O. Doin, place de l'Odéon, 8.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

13 Janvier 1883 — Organe des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — N° 2

SOMMAIRE

BULLETIN

La première séance de la nouvelle année a été consacrée en grande partie, à l'Académie, aux discours du président sortant, M. *Gavarret*, et du nouveau président pour 1883, M. *Hardy*.

M. le Dr *Vidal* a cependant pu donner lecture d'un intéressant travail sur le traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique. En voici les conclusions :

1° L'acide pyrogallique ou pyrogallol, en détruisant la virulence du chancre simple, arrête le phagédénisme et le transforme rapidement en une plaie ordinaire.

2° Ne déterminant qu'une douleur très modérée, de quelques minutes de durée, limitant *presque exclusivement* son action caustique aux tissus malades, d'une application facile à répartir sur tous les points envahis, le pyrogallol, incorporé dans une pommade, ou mélangé dans la proportion d'un cinquième avec une poudre inerte, est, jusqu'à ce jour, le meilleur topique pour le traitement du chancre simple et de son phagédénisme.

3° Les préparations peuvent, sans danger d'une absorption suffisante pour déterminer des phénomènes toxiques, être étendues sur de larges ulcérations phagédéniques.

4° D'une efficacité remarquable pour combattre le phagédénisme du chancre simple, le pyrogallol n'a pas d'action spéciale contre le phagédénisme des ulcérations syphilitiques (phagédénisme tertiaire).

Election. — M. *Leudet* (de Rouen) a été élu membre associé national.

D[r] J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

LES PANSEMENTS ANTISEPTIQUES.

(*Suite et fin*).

Nous avons commencé il y a quelques jours (1) l'étude des pansements phéniqués et, nous nous sommes étendus à dessein sur le pansement de Lister. Il nous reste à passer en revue les autres pansements phéniqués et à étudier la pathologie de ces pansements.

B. — Pansement phéniqué ouvert et modifications du pansement de Lister.

Il est des régions, où à la suite d'une opération, il reste fatalement des surfaces qui ne peuvent subir le travail de la réunion immédiate; telles sont les cavités ou les surfaces articulaires de l'épaule, du coude ou de la hanche ; presque fatalement les cartilages suppurent et sont la source de retards dans la cicatrisation. D'autres fois, on a opéré dans les tissus contus : la réunion immédiate est alors contre-indiquée. Il est donc besoin d'un

(1) Voir, numéro 48, 2 décembre 82., p. 570.

pansement renouvelable tous les jours. Quelques chirurgiens redoutant les accidents qui peuvent être provoqués par la rétention des produits de la plaie, ont adopté le pansement phéniqué ouvert de préférence à toutes les autres méthodes, (1) et ils en ont obtenu d'excellents résultats; disons que, toutefois, dans beaucoup de circonstances, nous comprenons peu que l'on renonce de parti-pris à la réunion immédiate. Dans les plaies contuses, certaines plaies des articulations, le pansement ouvert a d'incontestables avantages. Nous allons le décrire en quelques mots, tel que nous l'avons vu pratiquer dans le service du Professeur Verneuil.

La plaie, après un lavage soigneux, est tapissée très exactement et dans toutes ses anfractuosités au moyen d'une lame unique de gaze ordinaire trempée dans l'eau phéniquée, puis elle est recouverte de petites compresses humides de tarlatane phéniquée; sur le tout est placée une lame de taffetas gommé imperméable, pour empêcher l'évaporation et maintenir l'humidité du pansement; on termine en ajoutant une bonne couche d'ouate, puis des bandes suffisamment serrées.

Il arrive parfois que, durant les premières vingt-quatre heures, la plaie est douloureuse; le professeur Verneuil recommande alors d'enlever le pansement *sans toucher toutefois* à la lame qui recouvre directement la surface saignante, puis de soumettre la plaie à des séances de pulvérisation phéniquée durant de cinq minutes à un quart d'heure; on replace ensuite le pansement. Le résultat est de diminuer notablement les douleurs et de donner au malade un remarquable sentiment de bien-être; au second et au troisième jour, la lame de gaze adhère fortement à la surface traumatique qui est jaunâtre, il ne faut pas chercher à l'enlever, elle doit se détacher seule sous l'influence du commencement de la suppuration, alors le pansement consistera à enlever tous les jours la lame protectrice imbibée de pus qui l'aura également traversée et à la remplacer par une autre. A l'abri de cette lame, les bourgeons charnus se développent régulièrement, on ne doit *jamais y toucher* ce qui les ferait saigner et troublerait leur développement, et bientôt la cicatrisation marche très vite. Le pansement ouvert remplacera avantageusement la gaze de Lister, quand une plaie se mettra à suppurer et à bâiller largement; il ne faudra pas craindre de la renouveler plusieurs fois dans les vingt-quatre heures quand la suppuration sera très abondante.

Le Dr Séjournet a proposé en 1881 à la Société de Chirurgie (2), une modification au pansement de Lister qui ne constitue pas, en réalité, une nouvelle méthode. Il recommande de recouvrir le pansement de Lister d'une épaisse couche d'ouate. Beaucoup de chirurgiens ont depuis longtemps adopté cette modification qui nous paraît remplir plusieurs avantages: d'abord l'ouate, en défendant encore plus l'accès de l'air intérieur maintient le pansement et la plaie qu'il recouvre à une température constante; de plus, elle exerce sur l'ensemble une certaine compression qui ne peut que favoriser la réunion immédiate.

(1) Verneuil. Mémoires de chirurgie, T. II. p. 452.

(2) Bull. Soc. Chir., 1881, p. 280 et *Concours médical*, 1881, nos 6 et 7.

C. — Accidents du pansement phéniqué.

L'introduction de l'acide phénique dans la pratique chirurgicale a été la source d'accidents parfois très sérieux, contre lesquels il importe de prémunir le praticien. Falkson a réuni dans un intéressant mémoire (1) un grand nombre d'observations; nous avons été à même de vérifier beaucoup de faits qu'il avance. Tous les malades soumis au pansement phéniqué ne sont pas tous intoxiqués; en général les *enfants*, les individus *anémiques* ou très lymphatiques, les sujet dont les *reins* sont *malades* présentent une prédisposition certaine. Certaines manœuvres du pansement, telles que les grands lavages prolongés sur une plaie fraîche et étendue, l'usage du Spray durant une longue opération, sont encore observés comme coïncidant avec des accidents d'intoxication. Certains tissus comme les séreuses viscérales (plèvre, péritoine) ou articulaires, le tissu spongieux des os absorbent plus facilement l'acide phénique que les autres. Récemment, nous avons observé des accidents rapides sur un malade à qui on pratiquait le lavage d'une poche de pleurésie purulente enkystée; il y a une année, nous étions témoin de phénomènes toxiques à la suite d'opérations d'évidement pratiquées sur le tissu spongieux pour des caries, et en particulier, pour une carie du grand trochanter. Tous les faits que nous venons d'énoncer indiquent donc une grande prudence quand on se trouvera en présence de conditions semblables. Friedberg de Breslau (2) a publié, l'an dernier, l'observation d'un empoisonnement produit par l'absorption de 8 gr. 50 d'acide phénique. Le malade fut pris, quelques instants après l'ingestion, de pâleur de la face, de frissons, avec constriction des mâchoires et roideur de la nuque; bientôt ces phénomènes furent remplacés par la résolution musculaire, le collapsus; enfin survinrent des convulsions ultimes et la mort en douze minutes. Cette observation est le type de la *forme foudroyante* de l'intoxication phénique indiquée par Falkson.

Il est heureusement des formes plus *bénignes*. Souvent l'intoxication se révèle seulement par les urines dites phéniquées, elles sont d'un vert olive ou d'un brun noir; cette couleur se développe après l'émission et atteint son maximum trois ou quatre heures après. En même temps, les urines sont alcalines et leur quantité diminue notablement.

A ces phénomènes, du côté de la fonction urinaire, s'ajoutent d'autres troubles plus ou moins marqués; ce sont des vomissements ou de la

(1) Falkson. Archiv. für Klin. Chir. T. XXVI. fasc. I.

(2) Virchows Archiv. 188.. Band 83.

diarrhée, cette dernière survenant surtout chez les enfants; le mal de tête se montre et devient continuel et gravatif; les pupilles se resserrent, et, quand l'intoxication est plus intense, elles se dilatent: souvent il y a une légère assencion thermique après chaque pansement.

Ces divers symptômes et, en particulier, les *urines*, dont il ne faut jamais négliger l'examen après les opérations, attireront l'attention du chirurgien et l'inviteront à se tenir sur ses gardes.

Nusbaum préconise la potion suivante qui lui a rendu de signalés services, et qu'on pourra administrer par cuillerées à bouche toutes les heures.

Eau distillée....................	150 gr.
Sulfate de soude.................	5 gr.
Sirop de framboises..............	25 gr.

Après ces accidents internes, disons quelques mots de l'*érythème phéniqué*. Lister l'a attribné à l'impureté des substances employées pour fabriquer la gaze antiseptique et en particulier à la résine, à la paraffine; on a incriminé aussi le contact trop prolongé du pansement avec la peau. Cet érythème, qui peut aller jusqu'à une véritable vésication avec production de phlyctènes, se produit surtout, d'après nos observations, sur les sujets à peau fine et délicate; jamais nous ne l'avons observé quand nous nous servions de gaze fine, souple, plus blanche que jaune et n'ayant aucune odeur âcre; le lavage exact de la surface érythémateuse puis une application de vaseline paraissent le plus souvent suffire pour le combattre.

II. Pansement à l'iodoforme.

C'est en France qu'a été découvert par Ségalas, en 1822, l'iodoforme, dont on a fait tant de bruit depuis quelques temps dans la chirurgie étrangère. C'est en 1856 que Moretin et Humbert indiquèrent son action analgésiante et antiseptique, et en 1868 que Lallier et Besnier le préconisèrent dans le traitement des plaies atoniques et blafardes, et en particulier dans le chancre mou phagédénique. L'année dernière Mikuliez au Congrès des chirurgiens allemands, exposait le résultat de ses recherches sur l'action de l'iodoforme, sur la décomposition des liquides organiques; il indiquait, en même temps, qu'il s'élimine par les urines et par la salive.

On peut se servir de l'iodoforme de plusieurs manières: On l'emploie *en nature*, en saupoudrant exactement la surface des plaies. On l'a incorporé à la gélatine et au beurre de cacao dans les proportions de neuf parties et demie d'iodoforme pour une demi partie de gélatine, pour faire des *crayons* pouvant s'engager dans des trajets fistuleux. On l'emploie en injections interstitielles dans les tumeurs blanches, sous forme d'*émulsion* ainsi composée:

Eau distillée................	10 grammes.
Glycérine....................	40 gr.
Iodoforme....................	50 gr.
Gomme adragante..............	0,30 centig.

On recommande également l'usage de la *pommade* iodoformée à la dose de un à deux grammes d'iodoforme pour dix grammes de vaseline, ou encore le *collodion* iodoformé (collodion élastique. quinze grammes, iodoforme un gramme). On a fait enfin une *gaze* iodoformée pouvant s'employer comme la gaze de Lister.

On a mis en usage le pansement à l'iodoforme dans toutes les variétés de plaies ou d'affections chirurgicales avec un réel succès. Nous indiquerons seulement les cas où son utilité nous paraît en faire un agent supérieur et indiqué pour le pansement.

Rappelons tout d'abord que Billroth a montré qu'une très mince couche d'iodoforme n'empêchait pas la réunion immédiate d'une plaie fraîche; il faut alors la saupoudrer en couche très mince avant de faire la réunion; quelquefois on a observé un petit accident consécutif, une fistule persistant quelques jours, et donnant passage à des paillettes d'iodoforme retenues dans les tissus et ne s'y résorbant pas.

Plus souvent on se contente de saupoudrer d'iodoforme la ligne de réunion de la plaie, soit dès le début, soit lorsque celle-ci est presque guérie, ce qui permet de faire un pansement rare.

Les vieux ulcères, les plaies atoniques se trouveront très bien de l'application de la poudre d'iodoforme sur laquelle on placera du coton hydrophyle; on aura ainsi une cuirasse pouvant rester quatre ou cinq jours en place et sous laquelle le pus ne prendra aucune mauvaise odeur. Le pansement à la gaze iodoformée a donné les plus beaux résultats à Mosetig (de Vienne) dans les plaies communiquant avec les cavités muqueuses à la suite des opérations de cancer lingual, de résection de la mâchoire, d'extirpation du rectum ou de fistule à l'anus.

Récemment nous l'avons appliqué à une opération de cette nature, la cicatrisation a marché avec une remarquable rapidité. Dernièrement, Langenbeck (1) a indiqué plusieurs faits intéressants, et d'abord la lenteur de l'élimination: un de ses malades présentait encore de l'iodoforme dans les urines huit semaines après une opération ayant nécessité un pansement unique de cinq grammes d'iodoforme. Il favoriserait, de plus, la résorption du sang dans les plaies, et ne réussirait pas chez les sujets trop gras.

Accidents consécutifs à l'emploi de l'iodoforme.

On a vu survenir (Mosetig, Max Schede), à la suite de l'emploi de l'iodoforme, des accidents variés dont il faut se défier toutes les fois qu'on s'en servira, surtout en grandes quantités.

Dans les cas les *plus légers*, on a simplement noté une élévation thermique passagère.

D'autres, plus *graves*, ont donné lieu à des phénomènes du côté de divers appareils.

Du côté du tube digestif, on rencontre de l'inappé-

(1) Congrès de la Société allemande de chirurgie 1882, p. 849.

tence, un goût spécial d'iodoforme, quelquefois des vomissements.

Chez les enfants, on observe surtout des accidents cérébraux de forme méningitique, inégalités des pupilles, contractures, délire plus ou moins violent.

Enfin l'iodoforme agit aussi sur l'appareil circulatoire d'où la fréquence du pouls qui devient petit et dépressible et la tendance à la syncope. On a aussi observé des urines sanglantes.

Il faut donc conclure de tous ces faits qu'on n'emploiera l'iodoforme qu'avec beaucoup de ménagements chez tous les sujets atteints de quelqu'affection circulatoire ou rénale. Néanmoins nous pensons que l'iodoforme est un des bons pansements de la méthode antiseptique.

III. Pansements antiseptiques variés.

Nous ne ferons qu'indiquer très brièvement à nos lecteurs divers modes de pansement qui sont encore à l'étude et sur lesquels ils pourront, sans le moindre danger pour les malades, tenter quelques expérimentations.

1° *Pansement à sec avec l'acide salicylique.*

Préconisé par Hans Schmidt (1), il s'emploie en poudre à sec dans les plaies contuses ou sur les lignes de réunion des sutures. On l'emploie comme pansement rare et il forme, avec les sécrétions de la plaie, une croûte compacte sous laquelle proéminent les bourgeons charnus.

2° *Pansement au sublimé.*

Kümmell, de Hambourg, a proposé au congrès des chirurgiens allemands de 1882, une méthode nouvelle de pansement par le sublimé. Il emploie des solutions très faibles à 0 gr. 10 centigr. pour cent, de la soie, du catgut conservés dans des solutions un peu plus fortes. Mais la partie originale du pansement consiste dans l'emploi, comme topique, de *sable* et de *cendres sublimées*, préparés, en faisant bouillir ces substances dans les proportions de 10 kilog. avec une solution éthérée de 20 gr. de sublimé pour 200 gr. d'éther.

Ce sable est enfermé dans des petits coussins plats qui forment les compresses du pansement et un coussin plus large recouvre le tout. Kümmell a combiné dans ce pansement avec le sable sublimé, l'usage de drains inorganiques en faisceaux de verre filé très flexible et dont on peut en diminuer le volume à volonté, puis il emploie pour absorber les liquides des couches de coton de verre filé qu'il place à la surface de la plaie.

Il a, par ces moyens, obtenu des réunions très rapides, de plus, le pansement revient à un très bas prix, puisque, pour le traitement d'une amputation de cuisse, il l'évalue à 1 fr. 50 et à cinquante centimes pour une kélotomie.

3° *Pansement à la naphthaline.* (2).

Dérivée, comme l'acide phénique, de la houille, la napthaline paraît avoir les mêmes propriétés antiseptiques; de plus elle n'aurait aucune action sur le sang ni sur la circulation de l'individu vivant.

On l'emploi en poudre ou incorporée à diverses substances, pommades, gaze comme pour l'iodoforme.

4° *Pansement au tan et à la poussière de tourbe.*

Ces substances très antiseptiques, comme on le sait, ont aussi été expérimentées par Neuber de Kiel (1). Il les emploie dans des sachets de gaze qu'il applique sur les plaies où elles jouent un rôle d'absorbant énergique et d'antiseptique. Ce pansement est rare, puisque Neuber a pu guérir deux cents douze plaies sur deux cents quatre-vingt-dix-huit avec un seul pansement. Par sa simplicité et son prix de revient insignifiant, c'est, croyons-nous, un procédé qui mérite l'expérimentation.

Dr Hambar.

(1) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1880. Band. 14.

(2) Fischer. [*Berlines klinische*, 1881, p. 710, et 1882, p. 113.

(1) Congrès des chirurgiens allemands, 1882.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

DE L'HONNÊTETÉ PROFESSIONNELLE

Par le Dr PERRON (de Besançon).

(*Suite*) (2).

PRÆCEPTIO III.

Quod inutile, nimium.

Ne prescrivons rien d'inutile.

Entendons-nous bien. Je n'ai pas la prétention qu'il faille interdire au médecin de prescrire les eaux minérales à ceux qui n'en ont pas besoin et qui peuvent s'en payer; non plus que des pâtes ou des pastilles à ceux qui les aiment. Non; ma prétention est plus simple. C'est qu'on doit s'abstenir de formuler et d'ordonner des remèdes uniquement pour paraître agir ou pour entrer dans les vues supertitieuses d'un entourage qui a une foi profonde dans la puissance et l'innocuité des drogues.

Le vulgaire a un faible pour les produits de la pharmacie, surtout quand ces produits viennent de loin, que la composition en est secrète et nouvelle et le prix un peu élevé. On ne compte pas sur autre chose pour guérir.

Comment guérirai-je si je ne prends pas de re-

(2) Nous avions commencé, dans notre numéro 32, du 26 août 1882, la reproduction de ce travail très original: l'abondance des sujets de *chronique professionnelle* seule nous a empêché de la continuer aussi régulièrement que nous l'eussions voulu.

mèdes? — On compte pour rien le repos, un régime approprié, le temps et ce principe régulateur de la vie qui sait si bien constituer nos organes et les défendre, ce principe salutaire que la médecine a désigné sous le nom de nature ou de force médicatrice.

Je vois avec regret ce préjugé dominer de plus en plus dans la thérapeutique. Nos journaux de médecine sont remplis d'observations médicales où l'on relate avec soin les prescriptions de remèdes, mais où l'on s'abstient systématiquement d'indiquer la diète prescrite, les aliments et les boissons, etc.; comme si la médecine n'était que l'art de neutraliser la maladie à l'aide des poisons.

Aussi vous verrez très souvent l'entourage des malades empressé à leur servir scrupuleusement leur cuillerée de julep, et négliger tout à fait l'administration des bouillons ou des analeptiques dont ils ont besoin pour ne pas mourir de faim... D'ailleurs, *on prétend que la fièvre nourrit.*

Le vulgaire ne voit que les drogues.

Nous serions coupables de favoriser ces erreurs en paraissant nous associer au préjugé que je signale. Laissons ce rôle aux charlatans qui ont pour règle l'aphorisme immoral: *Vulgus vult decipi, decipiatur*: Peuple tu veux de la piperie et du mensonge, on t'en servira. Pour nous, sans trop heurter les préjugés populaires, efforçons-nous de les rectifier

En quoi, dira-t-on, est-on si coupable de flatter la manie de ces bonnes gens qui croient à la vertu des drogues, comme d'autres ont foi dans les incantations et les signes de croix? On est coupable parce que, en ne redressant pas l'erreur, un médecin avilit son caractère et contribue à fausser l'esprit de ses clients.

C'est du reste cette manière de faire qui nous met si souvent en contradiction les uns avec les autres, et qui rend l'exercice de notre profession parfois ridicule et méprisable comme le démontre cette anecdote :

« Je n'ai plus aucune confiance à la médecine. « J'ai eu mal au genou quand j'étais jeune. Je « suis allée consulter le Polonais, qu'on réputait « bien habile dans ce temps-là. Il m'a fait mettre « des sangsues et des cataplasmes qui ne m'ont « fait ni chaud ni froid. J'ai été voir après le doc- « teur Pécot, qui m'a fait acheter pour trois « francs de pommade, et cela m'a servi comme « un cautère sur une jambe de bois. Le docteur « Villars m'a conseillé un emplâtre. Le docteur « Foncin m'a fait poser des ventouses... Tout cela « ne m'a pas plus servi à porter qu'à traîner. J'ai « fini par n'y plus rien faire, et mon genou s'est « guéri tout de même. Consultez dix médecins et « vous aurez dix avis différents. — Et cependant, « lui dis-je, tous vous ont conseillé le même trai- « tement? — Mais non, puisque... — Mais si : « tous ne vous ont-ils pas dit de vous mettre au « repos? — Ah ! bien oui, du repos, quand on a « son mari et quatre enfants à soigner ! »

Voilà comment nos malades perdent de vue nos prescriptions essentielles, les principes fondamentaux d'un bon traitement sur lesquels nous sommes tous d'accord, pour ne s'attacher qu'à des prescriptions presque indifférentes, à des adjuvants sans grande importance, et cela par notre faute.

PRÆCEPTIO IV.

A novis curationibus cave.

Défions-nous des nouvelles méthodes.

En principe, le médecin fera bien de se conformer pour le traitement aux règles établies. De cette manière, il mettra toujours sa responsabilité à couvert. Il ne faut pas, en effet, que sa présomption, que ses vues particulières, ou que ses idées théoriques le poussent à enfreindre les pratiques généralement reçues et enseignées dans les écoles.

Guill. Paulet ne dit pas: *Abstenez-vous d'innover*, mais seulement: *Prenez garde d'innover*; parce que se livrer à des essais insuffisamment motivés, c'est jouer avec la santé des malades et avec leur bourse; c'est prendre pour enjeu quelque chose qu'on nous confie et qui ne nous appartient pas.

Suivons donc les procédés communément admis dans la pratique. L'expérience des autres, des cas fortuits, la nécessité quelquefois, nous fourniront assez, plus tard, l'occasion de recourir aux nouveautés médicinales.

C'était presque au début de sa carrière. Ambroise Paré n'avait jamais vu traiter les plaies faites par arquebuse : « Il est vray, dit-il, que « j'avois leu en Jean de Vigo que les playes faites « par bastons à feu participent de vénénosité à « cause de la poudre, et pour leur curation com- « mande les cautériser avec huyle de sambuc « toute bouillante, en laquelle soit meslé un peu « de thériaque. » Les chirurgiens introduisaient cette huile bouillante jusqu'au fond des plaies, qu'ils remplissaient ensuite d'un bourdonnet.

Paré fit comme eux. « Enfin mon huyle me man- « qua, et je fus contrainct d'appliquer en son lieu « un digestif fait de jaune d'œuf, huyle rosat et « térébenthine. La nuict je ne peus bien dormir à « mon aise, craignant, par faute d'avoir cautéri- « sé, de trouver les blessez où j'avois failly à met- « tre de ladicte huyle morts empoisonnés, qui me « fit lever de grand matin pour les visiter, où ou- « tre mon espérance trouvay ceux auxquels j'avois « mis le médicament digestif sentir peu de dou- « leur, et leurs playes sans inflammation ny tu- « meur, ayant assez bien reposé la nuict : les « autres où l'on avait appliqué ladicte huyle « bouillante, les trouvoy fébricitants, avec grande « douleur et tumeur aux environs de leurs playes. « Adonc je me délibéray de ne jamais plus brusler « ainsi cruellement les pauvres blessez d'arque- « busade (1). »

On avait peur autrefois de ne pas laisser béantes les plaies pénétrantes de poitrine, de peur que le sang ne s'épanchât dans les plèvres au détriment des blessés. Larrey n'eut recours à l'occlusion de ces sortes de plaies qu'après le fait que voici.

(1) Œuvres d'Amb. Paré, page 782. Lyon, MDCLII.

Il pensait un blessé sur le champ de bataille en Egypte. A côté de lui, un jeune soldat râlait, la poitrine ouverte par un coup de sabre. Il avait la figure cyanosée. On aurait dit qu'il allait expirer. L'air et le sang sortaient avec bruit de sa blessure. Larrey impatienté de ce bruit, eut l'idée de fermer la plaie avec du sparadrap qu'il avait sous la main, puis il se remit à son pansement interrompu. L'opération terminée, il regarda le blessé d'à côté, qu'il croyait mort. Point. Il respirait au contraire plus librement, et sa figure avait repris une coloration vermeille.

Il fut porté dans une ambulance où il guérit.

Voilà certes des révolutions thérapeutiques qui ne procèdent pas d'un esprit d'aventure; elles sont justement le résultat d'une bonne et sérieuse observation.

Sans être des routiniers indécrottables, attendons aussi, pour innover, que des événements précis, que des faits certains, nous autorisent à contrecarrer les idées reçues et à rompre avec les procédés en usage.

Nous vivons dans un temps où le goût des nouveautés est mis en œuvre par les plus spécieuses réclames. Comment se défendre d'essayer dans les maladies les plus incurables tant de remèdes secrets, tant de spécifiques presque infaillibles récemment découverts? Comment, surtout, préserver ses malades de la tentation si naturelle, d'essayer sur eux mêmes des produits dont la valeur n'est rien moins que démontrée?

C'est pourtant là ce qu'un honnête médecin doit faire.

PRÆCEPTIO V.

Gravit atem morbi non adaugeas.

N'éxagérons pas nos pronostics.

Arimathæus, un vieil auteur — je n'ose pas dire un moraliste — du XIe siècle, dans son instruction au médecin, descend dans tous les détails d'une visite. Il s'étend sur ce qu'on doit faire. regarder, etc. « Au patient, dit-il, promettez la « guérison; aux assistants, assurez qu'il est bien « malade. De cette manière, s'il guérit, votre « réputation s'en accroit; s'il meurt, on ne man- « quera pas de dire que vous l'aviez prévu (1). »

C'est une tactique bien vieille, mais qui réussit toujours. Pourquoi? — Parce qu'elle répond à un besoin d'amour-propre que nous allons expliquer.

Presque jamais on n'est malade à demi. On se croit plus gravement atteint qu'on ne l'est réellement.

Ecoutez Jean Ravot, qui vient visiter un de ses amis agonisant. *C'est tout comme moi*, lui-dit-il, *l'année dernière... Ah! j'en ai réchappé d'une belle !... J'ai été plus malade que toi !... le docteur Verduron l'a bien dit; et s'il ne m'avait pas pris à temps, j'étais flambé !... Et je le sentais bien!...*

Jean Ravot raconte cela et il le croit. Dans son entourage aussi on l'a cru. Verduron avait déclaré que Jean Ravot était fort malade, et comme cette assertion était conforme au sentiment de tout le monde, Verduron aurait été mal venu de dire autrement.

Et c'est toujours comme cela. On n'est jamais malade comme tout le monde. Un médecin qui aurait dit que Jean Ravot n'avait qu'une simple fièvre synoque ou catarrhale, ce qui était vrai, n'aurait pas eu les honneurs de la cure d'abord; puis il aurait blessé l'amour-propre des gens et de son malade par-dessus le marché.

Voilà ce qui explique la vogue assez étrange des médecins Tant-Pis.

Cependant, nous ne laisserons pas de répéter aux jeunes praticiens qu'il est honteux de mentir, et que l'honnêteté la plus élémentaire ne permet jamais qu'on trompe, même pour être agréable à ses clients.

Certes, personne ne trouvera mauvais qu'on exagère la gravité d'une indisposition en vue d'obliger le malade à prendre ce qu'il faut, ou pour stimuler un entourage indolent. C'est une petite supercherie qui ne tire pas à conséquence et qui n'a rien de blâmable dans son objet.

Quand on vous demande auprès d'un malade en danger, même quand vous verriez son état désespéré, ne dites jamais : *Vous m'avez appelé trop tard*. Soit que le malade ait été vu déjà par un médecin, soit qu'il ait été abandonné et sans autre assistance que celle de ses parents, c'est une étourderie et une maladresse que de dire qu'on vous a appelé trop tard. Cela n'a pas de sens, ou cela veut dire que si on vous avait appelé plus tôt, le malade, aurait guéri. Or, vous n'en savez rien... — Mais c'est probable. — Je ne dis pas non, mais c'est incertain.

Et cependant votre assertion imprudente, qui ne peut avoir aucune utilité pour le malade, a de très sérieux inconvénients pour les autres.

Que le malade vienne à mourir !

S'il a été laissé aux soins de sa famille, votre parole risque d'éveiller des remords tardifs et d'être le thème de récriminations sans fin...

S'il a été traité par un médecin, on ne manquera pas d'imputer à votre confrère l'aggravation de la maladie — puisque vous auriez mieux fait — et sa réputation en sera compromise.

Un honnête médecin doit éviter ces locutions de charlatan.

PRÆCEPTIO VI.

Viâtica mortis morituris præbe.

Faites que celui qui doit mourir mette en ordre ses affaires.

Du temps de Guillaume Paulet, un médecin qui aurait laissé mourir un malade sans confession aurait été traité de vaudois et d'alchimiste.

Nous devons à cet égard respecter le sentiment des familles où nous sommes appelés, et les prévenir à temps quand une catastrophe nous paraît à craindre. Notre devoir se borne à cela. Nous n'avons pas à nous substituer aux parents d'un malade pour lui faire prendre ses dispositions dernières.

(*A suivre.*)

(1) *La Médecine, hist. et doctrines*, par DAREMBERG. Paris, 1865.

II

MÉDECINE LÉGALE.

Une grève médico-légale.

Laissez-moi vous raconter notre affaire de grève médico-légale d'une manière aussi succincte que possible. Deux individus se battent dans une auberge de village : l'un deux est blessé. On accourt chercher un médecin qui se rend le soir même auprès du blessé et lui donne ses soins. Trois jours après, la gendarmerie apprend par hasard cette rixe et veut se faire renseigner sur l'état du blessé, que le médecin traitait. C'était moi. Je refuse mon concours à la justice, prétendant que ce concours même n'était pas obligatoire. Le Dr Pernet est requis à ma place! Il refuse de même. Enfin le Dr Fournier requis en troisième lieu, et cinq jours après la rixe refuse à son tour. De la gendarmerie, stupéfaite de notre refus, l'affaire est renvoyée au Procureur de la République à Epinal, qui réclame à nouveau et par réquisition télégraphique notre visite et notre rapport médical. Il est aisé de comprendre que malgré l'intervention nouvelle, notre attitude n'a pas varié. Sur ce, procès verbal est dressé contre nous et nous passons tous trois en simple police. Nons présentons notre défense arguant que nous ne tombons en aucune façon sous le coup de l'article 275, paragraphe 12 du code pénal, que dans le cas où nous avions eté légalement requis, il n'existait ni naufrage, ni inondation, ni calamité publique etc.., ni *flagrant délit*. Tout le procès a roulé sur ce mot, et c'est à ce point de vue que l'arrêt rendu par la cour d'Epinal, arrêt provoqué par nous, peut et doit intéresser tout le corps médical.

Je reprends. Neus prétendions que, dans notre cas, le *flagrant délit* n'existait pas. Le juge de paix en a jugé autrement, et nous avons été condamnés leDr Pernet et moi à 6 francs d'amende, le Dr Fournier, vu les circonstances atténuantes à lui accordées, attendu qu'il est de notoriété publique qu'il ne fait plus de médecine, à un franc d'amende, tous trois solidairement aux frais. Le Dr Fournier ne s'est pas pourvu en cassation dans les délais réglementaires. Le jugement prononcé l'atteint donc dans toute sa rigueur. Le Dr Pernet et moi, condamnés à 6 francs d'amende, nous sommes immédiatement pourvus en appel. Notre cause a été présentée le 16 décembre. Nous avions choisi pour avocat un homme d'un remarquable talent, Me Maud'heux d'Epinal. Le jugement en lui-même devait être cassé pour vue de forme, et par le fait nous devions provisoirement être renvoyés des fins du procès. Mais Me Maud'heux, voyant dans ces faits un point litigieux, et un article du code prêtant à la controverse, a tenu à honneur d'obtenir de la cour d'Epinal un arrêt, réglant le point de droit visé, et pouvant servir de précédent à l'occasion. Nous avons assisté à la plaidoirie qui a été fort savante. Le jugement, mis en délibéré le 16, a été rendu le 23. Le jugement du juge de paix a été cassé pour la forme et pour le fond. Le Dr Pernet et moi avons été acquittés sans dépens.

Nous avions donc eu raison, juridiquement parlant, de refuser notre concours à la justice qui fait tant pour nous, notamment dans la répression de l'exercice illégal qu'elle est loin de poursuivre comme elle talonne les Docteurs en médecine. Le côté comique de l'affaire est que le Dr Fournier avec des circonstances atténuantes, reste seul coupable.

Agréez, etc.

Dr Lardier, *de Rambervilliers* (*Vosges*).

III

LE DOCTORAT ES SCIENCES MÉDICALES.

A

Cher et honoré Directeur,

La lettre du docteur Lachize (numéro 47 du *Concours*), concernant le double diplôme et le double exercice de médecin et de pharmacien, et celle du docteur Dupeux (numéro 48) signalant une circulaire ministérielle qui propose la création d'un nouveau titre de *docteur ès-sciences médicales*, me suggèrent quelques réflexions.

Sans admettre *d'une manière absolue* la réunion et l'exercice *simultané* des deux professions, distinctes jusqu'alors, il me semble que cette facilité pourrait être accordée *exceptionnellement* à ceux qui auraient acquis leur double *diplôme dans une faculté de médecine et de pharmacie*, à moins de donner raison à la circulaire ministérielle et de créer un titre spécial : *doctorat ès-sciences médicales et pharmaceutiques* qui donnerait les mêmes privilèges. Mais je m'empresse d'ajouter comme le Docteur Dupeux : 1o suppression d'abord du titre d'officier de santé (par voie d'extinction, bien entendu) ; 2o suppression du titre de pharmacien de 2e classe (dans les mêmes conditions.

Ne conserver en un mot que les titres de docteur en médecine et de pharmacien de 1re classe :

Enfin, création d'*un titre scientifique* supérieur permettant au titulaire d'exercer les deux professions *ensemble ou séparément*, selon ses aptitudes, son état de santé ou son âge. Dans ces conditions, il me semble que les critiques si vives énoncées par le docteur Lachize auraient beaucoup moins de raison d'être et que le public trouverait dans ce double titre, d'abord des garanties de science, et presque toujours d'honnêteté professionnelle.

Ce serait également dans cette dernière catégorie que le gouvernement pourrait choisir les médecins chargés de missions scientifiques ou des questions délicates de médecine légale.

Les deux carrières sont suffisamment encombrées pour qu'on ne puisse craindre de manquer de sujets, et ce n'est qu'en rehaussant les études qu'on rehaussera les deux professions.

Agréez, Dr Béraud (*de Charlieu*).

B.

Mon cher Directeur,

Depuis le jour où la circulaire Duvaux a paru, j'ai cru devoir vous faire connaître ma façon de penser au sujet de la création du doctorat ès-sciences médicales, et vous prier d'ouvrir une contre-enquête dans les colonnes du *Concours*; mais, malgré ma bonne volonté, je n'ai pu encore remplir ce que je considère être un devoir.

Le doctorat ès-sciences médicales serait, d'après les termes de la circulaire, un grade supérieur au doctorat en médecine; de sorte que ce dernier se trouverait être rabaissé par cette innovation. Il ne serait plus l'équivalent des doctorats en droit, en théologie, ès-sciences, ès-lettres. Il deviendrait un grade immédiatement inférieur, et ne correspondrait plus qu'à la licence de l'une des autres facultés.

Est-ce juste ? Pour arriver à la licence en droit, trois années suffisent. Après deux années de travail, le baccalauréat acquis, on devient licencié ès-lettres, ès-sciences; tandis que pour arriver au doctorat en médecine, il faut un minimum de six années d'études. Pouvons-nous, dès lors admettre que l'on nous assimile à de simples licenciés de l'une des autres facultés, alors qu'il y a une telle différence dans le temps des études, et ne devons-nous pas protester énergiquement, même contre la pensée que l'on a pu avoir d'établir une assimilation si contraire à notre dignité.

Il est vrai, que chez nous, il n'y a ni baccalauréat, ni licence ; mais s'il est absolument nécessaire d'innover, pourquoi M. Duvaux ne créerait-il pas ces deux grades, et ne conférerait-il pas le baccalauréat ès-sciences médicales (si l'on veut) à celui qui aurait subi d'une façon satisfaisante un ou deux examens sur les sciences dites accessoires. Rien ne l'empêcherait ensuite de conférer la licence après examens satisfaisants sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie. Le doctorat viendrait ensuite et comporterait les autres matières de l'enseignement.

Contre cette innovation, il ne s'élèverait aucune récrimination, et le doctorat conserverait toute la valeur qu'il a actuellement.

Je soumets ces observations à votre appréciation, et j'espère qu'elles trouveront un écho chez mes confrères, membres du *Concours médical*.

Recevez, etc., Dr Berguier.
Confolens, (Charente).

IV

RECOUVREMENT DES HONORAIRES.

Monsieur et honoré Confrère,

J'ai plusieurs fois consulté avec intérêt, les divers moyens que plusieurs de nos confrères ont proposés pour le recouvrement des honoraires. La question m'a paru d'une certaine importance au point de vue de l'intérêt général, et j'ai pensé que beaucoup d'entre nous ne resteraient pas indifférents aux communications qui peuvent avoir trait à cette grave question. Je vous soumets, sous ce pli, un exemplaire du mode que je vais adopter moi-même pour opérer la rentrée des fonds. Comme vous le voyez, c'est une carte de visite ordinaire, au verso de laquelle j'ai fait tracer un modèle typographique de facture, identique à celui du syndicat des Basses-Cévennes, reproduit par le n° 49 du *Concours*, page 611, 3 décembre, 1881. Cette forme m'a paru très convenable et de nature à ménager les susceptibilités très *idiosyncrasiques* de certains clients. S'il ne nous est pas permis, à nous médecins, d'user des moyens catégoriques des fournisseurs à notre égard, nous pouvons peut-être tourner la difficulté et arriver relativement au même résultat, en émoussant un peu les angles et en nous présentant, par la poste, à nos débiteurs avec les allures d'une urbanité tout au moins appréciable, sinon efficace.

Ce procédé, mielleux et courtois du reste, ne sera peut-être jugé ni meilleur ni pire que les autres; mais je suis de ceux que les intérêts généraux de notre profession touchent profondément, et je livre sans hésiter à notre sympathique *Concours*, cette élucubration d'un jeune praticien aux idées pratiques, pour qu'il en soit fait, ainsi que de ma lettre, ce que vous jugerez à propos.

Agréez, etc., Dr Audibert
(de Montauban)

Pour donner plus de force à ma carte-facture, j'ai fait ajouter au bas une parenthèse, m'appuyant sur les Syndicats en général. D'ailleurs, elle pourra circuler sous taxe de cinq centimes, d'après la réponse du Ministère des Postes à la demande du Dr Cassius (de Layrac, Lot-et-Garonne).

CABINET	B. P. F.
Du Docteur AUDIBERT	
M	*Doit*
au Docteur Audibert	*pour honoraires,*
la somme de	*Fr.*
Note arrêtée le	*188 .*
Reçu à-compte, le	*188 , Fr.*
Reste dû pour solde,	*Fr.*

(Note d'honoraires adoptée conformément aux Statuts des Syndicats Médicaux).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Des indications thérapeutiques au début des accidents de l'étranglement interne.

par le Dr Gentilhomme.

Les points principaux de cette communication

peuvent être résumés dans les deux propositions suivantes :

1o Les premiers accidents de l'étranglement interne sont souvent aggravés par la thérapeutique, soit que le médecin les laisse développer librement, soit qu'il intervienne par une médication intempestive.

2o Ils peuvent être guéris le plus souvent par un traitement rationnel.

1o Contre-médications.

Tous les auteurs classiques sont d'accord pour prescrire l'emploi des purgatifs dans l'étranglement de l'intestin. L'expérience m'a démontré qu'ils avaient presque toujours pour effet d'augmenter la gravité des accidents.

La théorie mécanique de l'étranglement de Hermann Lossen, théorie exposée et appuyée par M. Paul Berger dans les Archives de médecine nos d'août et octobre 1876, permet de comprendre facilement les effets funestes des évacuants dans les cas d'étranglement de l'intestin.

Je résume en quelques mots les expériences qui ont servi de base à la théorie de Lossen.

Supposons qu'une anse d'intestin est introduite dans un anneau assez large pour n'exercer sur elle aucune pression, que va-t-il se passer ? Il est probable que les gaz et les liquides contenus dans cet intestin pourront continuer à circuler comme à l'ordinaire et qu'il ne se produira aucun trouble.

C'est en effet ce que l'observation et l'expérimentation nous démontrent :

1o Les hernies volumineuses, habituellement non contenues par un bandage, qui ont un collet trop large, sont rarement la cause d'accidents d'obstruction, parce que la circulation des matières liquides et des gaz se fait assez librement dans l'anse intestinale herniée.

2o Prenez un bout d'intestin grêle de trente centimètres de longueur et introduisez cet intestin par sa partie moyenne à travers un anneau métallique assez large, capable d'exercer sur lui une pression médiocre, vous obtiendrez ainsi le schéma d'une hernie avec un collet large. Si vous versez de l'eau dans le bout de l'intestin qui correspond au bout supérieur dans la hernie, vous observerez que l'eau s'écoule par le bout inférieur après avoir traversé l'anse intestinale. De même si vous insufflez de l'air avec lenteur, le gaz circulera librement dans l'intestin.

Dans un grand nombre de cas, au début de l'étranglement interne, l'intestin n'est pas imperméable aux liquides et aux gaz, l'anneau est large et il n'exerce qu'une pression médiocre sur le tube intestinal. Dans ce cas, il est difficile de comprendre comment l'intestin peut s'étrangler, c'est-à-dire, comment la circulation des matières liquides et des gaz peut se trouver complètement arrêtée.

L'expérimentation nous permet de donner de ce fait une explication très simple.

Reprenons notre anse d'intestin introduite dans un anneau métallique dont il vient d'être question.

Si on insuffle de l'air dans le bout supérieur avec précaution, l'air circule dans l'intestin et sort par le bout inférieur.

Si on insuffle l'air plus rapidement, il circule moins librement, si on insuffle vivement, l'air ne sort plus par le bout inférieur. Voici ce qui arrive dans ce cas, l'anse intestinal se distend par suite de la difficulté de l'écoulement assez rapide des gaz. Cette distension arrive rapidement à un degré tel que le bout supérieur de l'intestin exerce une compression sur le bout inférieur au niveau de l'anneau, compression suffisante pour oblitérer le calibre de ce conduit et pour arrêter la circulation des gaz à travers l'anse herniée.

On peut répéter la même expérience avec de l'eau. Si on verse de l'eau lentement dans le bout supérieur, le liquide s'écoule facilement par le bout inférieur; si, au contraire, l'eau arrive avec une certaine pression, l'écoulement s'arrête immédiatement. Dans ce cas, le mécanisme est le même que dans l'expérience précédente, dilatation du bout supérieur de l'intestin, compression du bout inférieur, aplatissement de la lumière de ce conduit et arrêt complet de la circulation du liquide.

Dans cette expérience, l'obstruction sera obtenue plus facilement si l'anneau métallique est étroit et exerce déjà une compression légère sur l'intestin. Plus l'étroitesse de l'anneau sera grande, plus il sera facile d'obtenir l'arrêt complet de la circulation des liquides et des gaz dans l'anse herniée.

Il ressort de ces expériences que l'étroitesse de l'anneau n'est pas une condition nécessaire de l'obstruction, parce que *cette dernière peut être* obtenue, même avec un anneau large. La cause principale de l'étranglement, la cause indispensable est une pression exagérée des liquides et des gaz dans le but supérieur.

Ces expériences nous expliquent comment l'étranglement se produit dans les cas d'obstruction. Les dispositions anatomiques sont les suivantes : soit qu'il s'agisse d'un nœud, d'une bride, d'une perforation du mésentère, une anse d'intestin s'est introduite dans un anneau large. Aussi n'observe-t-on pas les accidents dès le début.

Au contraire, les liquides et les gaz continuent à circuler à peu près librement. Nous savons que l'étranglement pourra se produire si la pression augmente brusquement dans le bout supérieur de l'intestin. Cette augmentation de pression pourra se produire dans plusieurs circonstances.

1o Tout simplement après un repas copieux :

2o Après une digestion difficile accompagnée de production de gaz;

3o A la suite d'une indigestion.

Sous l'influence de ces différentes causes, la pression augmente tont-à-coup dans le bout supérieur de l'intestin. Cette portion d'intestin se dilate et exerce une compression sur le bout inférieur au point de l'aplatir complètement et de déterminer un arrêt de la circulation, l'étranglement existe, mais à un très faible degré. Cet étranglement pourrait encore se résoudre assez facilement si la pression venait à diminuer et si l'anneau

était large. Cette solution favorable doit se produire assez souvent, mais c'est à ce moment qu'une médication rationnelle, en apparence, peut avoir les conséquences les plus redoutables.

Un malade se plaint de troubles digestifs légers, de coliques légères, d'un peu d'embarras dans le ventre, il a vomi son diner, la langue est blanche. Un purgatif est administré, aussitôt les accidents augmentent d'intensité. Le purgatif a pour effet d'élever la pression dans l'extrémité supérieure de l'intestin en augmentant les sécrétions de la membrane muqueuse et en excitant les contractions de la tunique musculaire.

L'étranglement est complet, il est arrivé au deuxième degré; à ce moment, l'intestin est fortement congestionné, ses parois sont épaissies, le mésentère présente également une vascularisation assez grande et un épaississement considérable. L'anse herniée est très distendue, la réduction spontanée ou provoquée est devenue impossible, tels sont les désordres qui peuvent se produire sous l'influence d'uue médication intempestive.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'ils peuvent également se développer spontanément par le mécanisme suivant: l'intestin est engagé dans un anneau plus ou moins large, à la suite d'une mauvaise digestion, il se trouve serré, il est alors le siège de coliques douloureuses et de contractions irrégulières: bientôt le malade se plaint d'envies de vomir, il vomit. Les contractions du diaphragme et des muscles abdominaux qui accompagnent les vomissements, ont pour effet d'augmenter la pression dans la cavité abdominale, et, par suite, dans le bout supérieur de l'intestin, l'anse intestinale obéissant à ces efforts, s'engage de plus en plus dans l'anneau. Elle acquiert bientôt une longueur considérable, la constriction augmente au niveau de l'anneau et amène la congestion de l'intestin, du mésentère, le gonflement de parties herniées, etc.

Enfin, dans une dernière période, on observe la gangrène et la perforation de l'intestin, suivies bientôt d'inflammation du péritoine.

Conclusion. — Il faut éviter toute médication qui aurait pour effet d'augmenter la pression dans le bout supérieur de l'intestin, en exagérant la sécrétion des liquides et des gaz et en excitant les contractions de ce conduit.

2° Indications à remplir. — Thérapeutique rationnelle.

Nous ne pouvons rien pour élargir l'anneau qui étrangle, nous ne nous en occuperons donc pas.

Nous pouvons beaucoup, au contraire, pour ne pas augmenter la pression des liquides et des gaz dans l'intestin. Nous pouvons même intervenir efficacement pour diminuer cette pression. On peut remplir cette indication par plusieurs moyens.

1° Par l'administration à l'intérieur des poudres absorbantes, comme le charbon, le bismuth, etc.;

2o Par l'application de vessies remplies de glace sur le ventre. On sait que ce moyen est recommandé et qu'il donne de bons résultats. L'effet de la glace est complexe, mais le froid a certainement pour effet de diminuer le volume des gaz;

3o Par l'administration de l'opium à l'intérieur. Cet agent a pour effet de calmer les contractions de l'intestin et, en déterminant une sorte de parésie du conduit, il diminue la pression dans le bout supérieur;

4o Par la pression.

La deuxième indication à remplir est de réduire l'anse herniée. Il est évident que nous ne pouvons obtenir cette réduction que par deux moyens, ou bien par des pressions exercées sur l'intestin, en un mot par une sorte de taxis, ou bien par des contractions exercées sur les deux bouts de l'intestin ou même sur un des bouts seulement.

Le taxis a donné qnelquefois de bons résultats (1).

Les tractions faites sur l'un des bouts de l'intestin permettraient de lever rapidement l'étranglement. Nous ne pouvons le faire directement, mais nous pouvons arriver à ce résultat d'une manière indirecte. Pour cela, il suffit d'exciter des contractions dans la partie inférieure de l'intestin. Les contractions n'ont pas du tout les mêmes conséquences que les contractions dans le bout supérieur, bien loin d'augmenter l'étranglement, elles auront simplement pour effet d'attirer l'anse herniée en dehors de l'anneau et de dégager l'intestin. Il n'y a pas à craindre d'augmenter la pression des liquides et des gaz dans le bout inférieur de l'intestin, et d'aggraver ainsi les accidents de l'étranglement, parce que l'intestin reste toujours perméable à sa partie inférieure.

Je crois que dans le cas de guérison spontanée, d'obstruction intestinale, la réduction s'opère par suite des contractions du bout inférieur de l'intestin, car on ne saurait comprendre l'efficacité des contractions du bout supérieur, celles-ci s'accompagnant nécessairement d'une augmentation de pression, avec toutes ses conséquences. On ne peut pas admettre non plus l'efficacité des pressions déterminées par la contraction des muscles abdominaux, car cette action se fait sentir nonseulement sur l'anse herniée, mais dans toute l'étendue de l'intestin.

Pour remplir la deuxième indication, dans le traitement de l'étranglement interne, il faut faire contracter le bout inférieur de l'intestin.

On arrive à ce résultat par deux moyens principaux:

1° Par des lavements;

2° Par l'électrisation du bout inférieur.

Ces deux méthodes de traitement ont donné des

(1) Voir le travail de M. Henrot dans le neuvième volume de l'Association pour l'avancement des sciences, intitulé : *Taxis abdominal dans la hernie étranglée et l'étranglement interne.*

On comprend très bien que des pressions exercées sur l'abdomen, dans les points correspondant au siège de l'étranglement, puissent favoriser la réduction d'une anse intestinale déplacée.

guérisons (1), c'est à l'expérience ultérieure à déterminer dans quelles circonstances il convient de les employer de préférence. Dans les cas d'étranglements que j'ai eus à soigner, je me suis très bien trouvé d'employer, dès le début, des lavements purgatifs composés de séné et de sulfate de soude, selon la formule du codex. Ce lavement provoque des contractions très actives dans le bout inférieur de l'intestin. Les injections d'eau produisent des effets analogues et mettent en activité la tunique musculaire de l'organe.

Dans un assez grand nombre de cas d'obstruction intestinale que j'ai été appelé à soigner, la médication précédente m'a donné d'excellents résultats ; les malades, au contraire, qui avaient été traités par la méthode évacuante dès le début, et que j'ai observés accidentellement, sont tous morts. (*Union médicale scientifique du Nord-Est*).

Nous croyons qu'un grand nombre de chirurgiens de notre époque sont de l'avis de notre confrère. Le traitement médical de la hernie étranglée, comme celui de la typhlite, doit consister en lavements purgatifs ; il ne convient d'administrer par la bouche que de la glace, de l'éther, du bromure ou de l'opium, suivant les cas ; dans la typhlite, les vésicatoires ou les sangsues sont encore un excellent moyen à employer, dès le début, concouremment avec les lavements purgatifs. C'est M. le professeur Le Fort qui, dès 1865, a institué la médication opiacée dans la hernie étranglée. Nous rappellerons, à ce propos, qu'un excellent praticien de Saint-Maudé a publié, l'an dernier, dans la *Gazette des Hôpitaux*, des observations de hernies étranglées qui tout à fait irréductibles d'abord, ne paraissant n'être plus justiciables que du bistouri, cédaient facilement et rapidement au taxis, après l'injection sous-cutanée de quelques centigrammes de chlorhydrate de morphine. C'est donc là une méthode à essayer, le cas échéant. Dr J. G.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I.

SYNDICAT DE CRÉCY-EN-BRIE.

Nous apprenons la constitution du syndicat local de *Crécy-en-Brie*. Les organisateurs sont :

MM. ARNOUS DES SOULSAYES,
BÉLIARD,
YLINDRIEZ,
HAMON.

Nos confrères, sans se préoccuper du nombre, ont fait acte d'initiative. Les mesures qu'ils prendront pour la protection de leur situation, et l'union de leurs efforts, leur amèneront rapidement des adhésions en grand nombre. Il leur suffit, pour cela, de préciser quelques bases de leur accord et que ces bases soient acceptables pour tous.

(1) Voir également un travail de M. H. Henrot, sur les effets de l'étranglement de l'intestin, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, mai 1877 et juin-juil et 1878.

II.

SYNDICAT DE L'OISE.

Nous avons d'excellentes nouvelles du syndicat du département de l'Oise.

Deux délégués ont été nommés pour chacun des arrondissements de Beauvais, Clermont, Compiègne et Senlis.

Une réunion a eu lieu à Clermont à la table hospitalière de M. le Dr *Labitte*.

Un projet de statuts a été rédigé, imprimé et expédié à tous les médecins de l'Oise, avec lettre d'invitation et formules d'adhesion.

Nous avons les nouvelles les plus satisfaisantes. Les adhésions sont très nombreuses et nous espérons rendre compte, bientôt, de la première réunion.

Une souscription organisée, au dessert, par M. Labitte, a pourvu le *syndicat* futur d'une somme d'environ 200 fr. pour ses frais d'installation.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de deux des *membres fondateurs* du *Concours médical*, MM. *Douillet*, de Lamballe (Côtes-du-Nord), et *Fénioux*, de Cognac, (Charente-Inférieure).

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DES NÉVROSES,

PAR AXENFELD.

Deuxième édition augmentée, de 700 pages.

PAR H. HUCHARD.

PARIS GR. IN-8 DE 1196 PAGES, GERMER-BAILLIÈRE. (1)

On peut dire avec beaucoup de raison, et sans faire tort à quelques travaux déjà anciens, que c'est de notre époque que date l'étude véritablement scientifique des Névroses, c'est-à-dire l'application rigoureuse des méthodes de la science moderne à ces affections que leur mobilité, certainement plus apparente que réelle, avait semblé devoir soustraire à l'observation du savant et du praticien : aussi la publication, TRAITÉ DES NÉVROSES par AXENFELD, en 1863, prit-elle, à cette époque, les proportions d'un événement scientifique

Les remarquables qualités littéraires et scientifiques, qui distinguent cet ouvrage, contribuèrent, sans aucun doute, à répandre dans le public médical, et pour le plus grand bénéfice des malades, la connaissance des affections nerveuses et le goût de leur étude. Bientôt les recherches entreprises de tout côté produisirent des résultats tels, que l'auteur comprit la nécessité de refaire une seconde édition de son ouvrage, pour le tenir au courant des acquisitions nouvelles de la science. Il y songeait, lorsqu'en 1876 la mort vint le surprendre au milieu de son travail. Axenfeld a été un de nos premiers maîtres à l'hôpital Beaujon, et, comme tous ceux qui ont connu cet homme distingué, nous n'hésitons pas à dire qu'il fut le modèle des praticiens et des professeurs.

Ce que la mort a empêché Axenfeld d'accomplir, un de ses élèves les plus distingués a accepté la tâche de le réaliser, tâche bien lourde sans doute, et fertile en labeurs, mais qu'il vient de remplir avec un succès remarquable. Par son érudition, par son expérience personnelle, comme par ses qualités littéraires, M. H. HUCHARD s'est montré le digne continuateur de son maître.

(1) Nous avons publié dans nos numéros 24, 25 et 29 de 1882, des extraits de ce livre que l'auteur avait eu la gracieuseté de nous communiquer.

Nous n'avons pas à présenter à nos lecteurs M. le Dr H. Huchard : son nom est assez souvent revenu sous la plume de nos collaborateurs pour qu'ils aient pu facilement reconnaître en lui le médecin qui, laissant de côté les hypothèses hasardeuses, demande, avant tout, à la science ce qui peut être utile à la pratique, c'est-à-dire les notions susceptibles de rendre le diagnostic plus exact, la thérapeutique plus efficace.

C'est dans cet esprit qu'est conçu le TRAITÉ DES NÉVROSES ; c'est par un praticien et pour des praticiens qu'il a été composé. Ce n'est pas à dire que ceux qui aiment à cultiver la science pure n'y trouveront pas leur compte : M. Huchard a dépouillé tout ce qui a été écrit sur le sujet ; chacun des chapitres est précédé d'un index bibliographique aussi complet qu'on peut le désirer, et toutes les théories sont ensuite analysées en détail, discutées avec soin, et jugées à la lumière de l'observation clinique.

Nous n'avons pas la prétention d'analyser en quelques lignes un ouvrage de 1200 pages ; il faut donc nous contenter d'indiquer la méthode qui a présidé à sa composition, en appelant seulement l'attention sur quelques points qui nous ont plus particulièrement frappé.

Après des considérations générales sur la définition, l'étiologie, la marche, le diagnostic et le traitement des névroses, nous arrivons aux classifications et l'auteur adopte la division de ces affections en *névroses de la sensibilité, névroses de la motilité, névroses mixtes ou complexes.*

Les névroses de la sensibilité se révèlent à nous par des *hyperesthésies* ou par des *anesthésies*. Ce sont les premières qui nous intéressent le plus, car elles comprennent toutes les névralgies cérébro-rachidiennes, toutes les névralgies des organes : intestins, foie, estomac, utérus, etc. Viennent ensuite les hyperesthésies dont le siège anatomique est mal déterminé, comme la Migraine, le Vertige – nous notons, sur ce point, la citation des recherches de notre distingué collaborateur, M. Poulet (de Plancher-les-Mines), — l'Irritation spinale, l'Angine de poitrine, cette singulière et terrible maladie, sur laquelle M. Huchard a déjà publié un travail fort intéressant (1).

Les névroses de la motilité comprennent les *convulsions*, les *spasmes*, les *contractures*, les *paralysies* et les *tremblements*. La maladie de Parkinson (paralysie agitante) est décrite de façon à constituer un chapitre tout nouveau dans l'étude des névroses.

La maladie de Parkinson forme la limite naturelle entre les névroses de la motilité et les névroses complexes dans le nombre desquelles on pourrait facilement la faire rentrer. Sous ce titre de névroses complexes, l'auteur étudie la *chorée*, l'*épilepsie*, la *neurasthénie*, la *catalepsie* et l'*hystérie* ; on le voit, le champ est vaste à parcourir et pourrait effrayer un auteur de moins longue haleine ; mais, nous le répétons, ces affections comme les précédentes, sont surtout décrites au point de vue de la pathogénie, de la clinique et de la thérapeutique qui sont toujours la préoccupation dominante de l'auteur ; ce qui ne l'empêche pas de nous mettre au courant des recherches anatomiques et physiologiques de nos contemporains.

Le neurasthénie, ou faiblesse irritable du système nerveux, plus connue jusqu'ici sous les noms moins scientifiques et plus vagues de nervosisme ou d'état nerveux, forme un chapitre vraiment original et bien intéressant à lire, bien utile à connaître.

Ici le grand mérite de l'auteur consiste à réunir en un complexus morbide défini ces symptômes si variés, dont la plupart des auteurs avaient fait des espèces nosologiques distinctes : la névropathie cérébro-cardiaque de M. Krishaber par exemple, et la maladie cérébro-gastrique de M. Leven. Grâce à cette vue synthétique, une lumière toute nouvelle vient éclairer les recherches du praticien qui, privé de ce guide, avait tant de peine à se reconnaître au milieu des manifestations mobiles et capricieuses d'une affection qui varie, non seulement chez le même malade d'un temps à autre, mais d'un malade à un autre. Le service que nous rend ainsi M. Huchard est d'autant plus marqué que, grâce à nos mœurs et *aux progrès* de notre civilisation, notre époque est celle des névropathes et de la neurasthénie : le dix-neuvième siècle est le siècle des gens nerveux.

(1) M. P. Gerne a déjà signalé ce travail à nos lecteurs. V. *Conc. méd.*, 1881, no 8, p. 87.

La liaison des idées nous amène à l'hystérie dont la neurasthénie est souvent le point de départ. Un chapitre qui n'a pas moins de deux cent-cinquante pages est consacré à cette névrose. Là, sont soigneusement étudiés et discutés l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette affection sur laquelle on a publié, dans ces dernières années, tant de travaux considérables. Au milieu de cette description si complète et si pratique, qu'elle constitue une véritable monographie clinique, nous avons été tout particulièrement frappé par l'étude de l'état mental et du caractère des hystériques sur lesquels les auteurs n'ont pas encore assez insisté jusqu'ici. Il faut lire ce chapitre de psychologie clinique analysée avec finesse, décrite avec exactitude. On voit que l'auteur a peint d'après nature cette *ataxie morale* qui n'est pas le caractère le moins curieux de l'hystérie, cet état malicieux sur lequel M. Dally avait déjà attiré l'attention. Quel mal les hystériques ne sont-elles pas capables de faire? et, sans parler du malheureux Urbain Grandier qui, accusé par les Ursulines de Loudun de venir les visiter pendant la nuit, expia sur le bûcher des crimes imaginaires, n'avons-nous pas vu des médecins eux-mêmes être victimes des dénonciations mensongères d'hystériques hallucinées, ou prises de cette manie du mensonge et de la simulation qui leur est propre?

M. Huchard résume en quelques mots heureux ce caractère singulier : « les hystériques s'agitent et les passions les mènent....., elles ne savent pas, elles ne peuvent pas, elles ne veulent pas vouloir. »

En terminant ce compte-rendu, nous avons conscience d'avoir été bien incomplet ; nous aurions cependant atteint, en partie, notre but, si nous avions communiqué à quelques-uns de nos lecteurs le désir de lire ce livre remarquable : ceux-là au moins nous sauront gré de le leur avoir signalé, car nous leur aurons ainsi rendu un véritable service. Dr J. GEOFFROY.

PUBLICATIONS DIVERSES.

Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8, Paris.

De la procréation volontaire des sexes, étude physiologique de la femme ; par P. DARTIGUES. — Un volume in-8 de 238 pages, Prix : 4 francs.

Le Zona, par le docteur Paul FABRE (de Commentry). — Un volume in-8 de 254 pages. Prix : 6 francs.

Recherches sur les zones hystérogènes, par Raoul GAUBE. — Un volume grand in-8 de 120 pages avec figures dans le texte : Prix : 4 francs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Paris typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

20 Janvier 1883 — **Organe des Syndicats des Médecins de France** — 5me Année. — N° 3

SOMMAIRE

BULLETIN

Vendredi matin, M. le directeur du *Concours médical*, accompagné de MM. Geoffroy et Fischer, membres du Comité de direction, a présenté à M. le Ministre de l'Instruction publique le Rapport de la Commission de révision de la législation. Ces messieurs se sont efforcés de faire voir au Ministre l'utilité qu'il y aurait pour le corps médical, comme pour la société tout entière, à réviser notre législation surannée et caduque, et ils ont ajouté que les bases de ce travail ne pouvaient être solidement établies que par des médecins à qui l'exercice de leur profession donne, sur ce point, une expérience tous les jours renouvelée.

M. le Ministre a fait aux délégués de la société du *Concours médical* un accueil très sympathique dont ils tiennent à lui rendre ici un public hommage ; il les a assurés de l'intérêt tout particulier qu'il portait au corps médical pour les services dévoués qu'il rend à la société. Puis il s'est engagé à examiner d'une façon très sérieuse le *Projet* qui lui était soumis et à faire personnellement tout ce qui dépendrait de lui pour donner satisfaction aux légitimes revendications des médecins.

Jusqu'ici nous n'avons pas mis nos lecteurs au courant des démarches faites en vue de hâter le moment où s'ouvrira la discussion sur la révision de notre législation ; aujourd'hui nous avons tenu à leur faire part de ce que nous considérons comme une bonne nouvelle.

M. le docteur F. Glenard (de Lyon) lit une note dans laquelle il s'élève contre la condamnation formulée dans une des dernières séances de l'Académie, contre l'emploi des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il lit, à cet effet, une protestation signée par vingt-deux des vingt-quatre médecins qui composent le corps médical des hôpitaux de Lyon.

« Les médecins des hôpitaux de Lyon, soussignés, pour répondre à l'appel que M. le président de l'Académie de médecine de Paris a fait, dans la séance du 24 octobre 1882, aux communications qui pourraient intéresser la discussion pendante sur les résultats des moyens thérapeutiques employés contre la fièvre typhoïde, croient de leur devoir de soumettre à l'Académie de médecine les conclusions auxquelles ils sont arrivés, et qui reposent sur une pratique hospitalière ou privée de neuf années, de 1874 à 1882 :

1° La méthode de traitement qui aura la plus favorable influence sur la marche et l'issue de la fièvre typhoïde est celle qui, prenant en considération l'élévation morbide de la température et la tendance adynamique de la maladie, a pour principe : *réfrigération*, alimentation continuelle du malade, du début à la fin de la maladie.

2° Le procédé thérapeutique, qui répond le plus efficacement à l'indication de refroidir d'une manière continue le malade, est celui qui consiste à administrer de *grands bains froids répétés*, avec affusions froides dans le bain et, dans l'intervalle, des compresses froides. Bien que la durée et la température des bains doivent être réglées d'après le degré de réfrigération observée après chaque bain (la température rectale doit être abaissée de 1° au moins après le bain), et leur intervalle d'après la durée de la rémission obtenue, la pratique démontre que, dans

l'immense majorité des cas, le bain de quinze minutes, à vingt degrés, toutes les trois heures jour et nuit, tant que la température rectale du malade se maintient élevée au-dessus de 38° 5, suffit à remplir l'indication.

3° L'application de ces principes thérapeutiques donne des résultats d'autant plus favorables que la maladie est traitée plus méthodiquement et surtout à une date plus rapprochée de son début; la fièvre typhoïde revêt une allure rassurante pendant tout son cours, et la durée de la convalescence est considérablement abrégée, le retour à la santé est intégral. Les complications sont rares dans ces conditions, bien loin qu'il y en ait de spéciales à ce mode de traitement; il n'y a pas de suites fâcheuses, soit prochaines, soit éloignées, qui puissent lui être directement imputées.

4° Lorsqu'on ne peut appliquer ce traitement qu'à une époque éloignée du début de la maladie, lorsqu'il s'agit non plus de prévenir les complications, mais de les combattre, les résultats, bien que désormais aléatoires, sont encore supérieurs à ceux qu'obtient toute autre méthode thérapeutique.

En conséquence, les médecins soussignés se déclarent partisans de la méthode de Brand contre la fièvre typhoïde, avec la conviction éprouvée que cette méthode, régulièrement appliquée dès le début de la maladie, abaisse considérablement le taux de la mortalité.

Ils attestent qu'ils l'appliquent dans leurs familles, dans leurs services hospitaliers et dans la pratique privée. »

M. Glénard ajoute que la méthode des bains froids dans la fièvre typhoïde a été expérimentée sur des milliers de cas, tant en Allemagne où elle est usitée depuis vingt ans, qu'à Lyon où l'auteur l'a rapportée d'Allemagne, il y a dix ans. Grâce à elle, la mortalité des hôpitaux lyonnais, pour cette affection, est descendue de 26 à 9 0/0; dans la pratique privée, elle n'est plus que 1 à 2 0/0.

Dans l'armée allemande où le traitement par les bains froids est presque exclusif, la mortalité est tombée de 26 à 10 0/0 et l'on espère la voir réduite à 3 0/0, quand ce traitement sera imposé d'une façon absolument générale.

Dans l'armée française, où l'on n'emploie pas la méthode balnéaire contre la fièvre typhoïde, le taux de la mortalité pour cette affection s'élève à 37 0/0. L'auteur affirme que cette simple innovation thérapeutique, qui réduirait de 37 à 3 0/0, c'est-à-dire de 1,600 à 150 le nombre de jeunes soldats qui succombent à la dothiénentérie, nous économiserait ainsi chaque année la perte d'un régiment entier !

La communication de M. Glénard a soulevé de nombreuses protestations; les chiffres de ses statistiques en particulier sont formellement contestés. Une Commission a été immédiatement nommée pour faire un rapport qui, nous l'espérons, viendra bientôt en discussion.

M. *J. Guérin* a repris la discussion sur la fièvre typhoïde par une lecture sur les formes ébauchées de la période prodomique de cette affection. Nous en publierons le résumé dans une prochaine *Revue des Sociétés savantes*, le défaut d'espace ne nous permettant pas d'en rendre compte aujourd'hui.

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC.
(OU MALADIE DE CRUVEILHIER).

Cette affection ne saurait assurément prendre rang parmi les plus fréquentes de la pratique; nous ne croyons pourtant pas devoir la négliger plus longtemps dans nos excursions à travers le domaine nosologique, car son étude présente, à plusieurs points de vue, un réel intérêt.

Le diagnostic en est parfois extrêmement difficile; malgré de très nombreuses recherches, ses causes restent entourées d'obscurité; cette maladie veut enfin être traitée avec d'autant plus de soin et de tact qu'elle est d'une durée désespérante, pendant laquelle la patience du médecin et celle du malade sont soumises à de rudes épreuves.

Ce sujet doit encore nous intéresser, parce qu'il est particulièrement français. La maladie qui va nous occuper a été, en effet, décrite pour la première fois par notre grand Cruveilhier, qui en a, de prime abord, si magistralement fixé les traits symptomatiques, le diagnostic différentiel et le traitement, qu'il est resté bien peu de chose à faire à ses successeurs pour parfaire le tableau. La pathogénie seule restait mal expliquée, elle ne l'est pas davantage aujourd'hui. Vainement l'Allemagne médicale, par la plume de ses Wirchow et de ses Rokitanski, a voulu fournir la solution du problème étiologique; les hypothèses ingénieuses qu'elle a mises en avant n'ont pu s'accommoder à tous les faits anatomo-pathologiques et cliniques, et la lecture des derniers travaux sur la question semble indiquer de la part des contemporains une tendance à adopter, même au point de vue pathogénique, les vues de Cruveilhier, en leur fournissant des arguments empruntés à l'examen micrographique (1).

(1) L. Galliard. De l'ulcère simple de l'estomac. Revue critique (Archives de médecine, 1882).

M. Galliard, auteur de la plus récente étude sur la question, a bien raison de dire qu'on devrait appeler l'ulcère simple de l'estomac la *maladie de Cruveilhier*; nous espérons faire voir, en citant au cours de cet article quelques passages du mémoire original de notre grand compatriote, combien la création de cette espèce morbide lui fait honneur (1). C'est un mémoire qu'on cite d'ailleurs plus souvent qu'on ne le lit, notre littérature médicale contemporaine est si riche en compendiums, dictionnaires et manuels bien faits, qu'on prend l'habitude de ne plus guère remonter aux sources. C'est peut-être un tort.

I

C'est dans une lecture à l'Académie des Sciences le 21 janvier 1856, que Cruveilhier décrit « une maladie de l'estomac qui est généralement confondue dans la pratique avec le cancer de cet organe, quelquefois avec la gastralgie ou avec diverses formes de la gastrite chronique.

« Cette maladie, continue l'auteur, ou plutôt cette lésion, dont l'anatomie pathologique pouvait seule donner la détermination, je l'ai désignée sous le nom d'ulcère simple ou d'ulcère chronique simple de l'estomac, pour indiquer d'une part, sa nature ou plutôt sa forme ulcéreuse et sa marche généralement chronique; d'une autre part, sa curabilité, sa bénignité par opposition avec l'incurabilité, la malignité (on me pardonnera ce vieux et métaphorique langage) de l'ulcère cancéreux de l'estomac. »

Ainsi se trouvait nettement posée la question, déjà ébauchée par Cruveilhier en 1830 dans la dixième livraison de son Anatomie pathologique, en 1835 dans la vingtième livraison, mais que, par les scrupules scientifiques des plus honorables, ce modèle des cliniciens avait approfondie dans tous ses détails pendant de nombreuses années avant d'en graver définitivement le plan d'ensemble.

Nous ne voulons point reproduire ici la description classique de l'ulcère de l'estomac avec ses caractères anatomo-pathologiques. Son siége de prédilection sur la face postérieure, au niveau de la petite courbure ou au voisinage du pylore; ses dimensions (d'une pièce de cinquante centimes à une pièce de cinq francs en argent); son contour primitivement arrondi, pouvant devenir elliptique, semi-annulaire, ou annulaire au pylore, même festonné par coalescence de plusieurs ulcères voisins (puisqu'on trouve une fois sur cinq, suivant Brinton, deux ulcères au moins); sa forme en entonnoir toujours tourné vers la surface externe de l'estomac, ses bords taillés à pic ou en terrasse, sa tendance à creuser de plus en plus profondément les parois de l'organe jusqu'à ce qu'elles soient perforées; — qui ne sait tout cela?

Pour expliquer la genèse de cette ulcération si typique, Cruveilhier se contentait d'invoquer « ce travail morbide que Hunter a si ingénieusement nommé inflammation ulcéreuse. » Il s'agit pour lui d'une gastrite ulcéreuse : « c'est le degré le plus élevé de la gastrite. »

Cette idée ne satisfit point les observateurs d'Outre-Rhin : Rokitanski proposa d'admettre que les hémorrhagies et les érosions de la muqueuse étaient le résultat de troubles mécaniques de la circulation veineuse. — Virchow appliqua à la circulation artérielle de l'estomac sa belle doctrine de l'embolie et de la thrombose, et considéra les pertes de substance de la paroi gastrique comme consécutives à l'oblitération des artères par l'un ou l'autre de ces mécanismes. (Galliard).

Puis vinrent d'autres explications, l'influence du système nerveux vaso-moteur ou trophique (Schiff, Brown-Séquard), s'appliquant à certaines érosions de la muqueuse produites expérimentalement, mais ne correspondant point à la description si nette, si caractéristique de la maladie de Cruveilhier.

Inflammation, stase veineuse, oblitération artérielle; voilà donc les trois théories pathogéniques.

M. Galliard, après une discussion serrée des faits cliniques, et se basant sur des examens histologiques dans le détail desquels nous ne saurions entrer ici, a conclu que si, dans quelques cas fort restreints, les ulcères simples reconnaissent pour cause des oblitérations artérielles, mais que dans un grand nombre des circonstances, il s'agit d'une gastrite chronique évaluant d'une façon lente pendant plusieurs années jusqu'au stade d'ulcération. Celle-ci produite, c'est au suc gastrique qu'il faut attribuer les progrès de la destruction, destruction qui s'étend, comme on sait, non seulement à la muqueuse et aux autres *tuniques de l'estomac*, mais qui, la perforation une fois accomplie, peut détruire les organes voisins en digérant littéralement leurs tissus, rate, foie, pancréas. La cavité gastrique peut entrer en communication avec le péritoine, la plèvre, le péricarde; on a vu le ventricule gauche du cœur perforé.

Ainsi se trouve réhabilitée et confirmée, même au point de vue pathogénique, l'opinion de Cruveilhier ; l'ulcère est l'aboutissant d'une gastrite, et, lorsqu'apparaît, pour la première fois, chez un malade présentant déjà les symptômes douleur et dyspepsie, le symptôme gastrorrhagie se traduisant au dehors par l'hématémèse ou le mélæna, c'est que, suivant l'expression imagée de M. Peter, *la gastrite a revêtu sa robe sanglante.*

II

Ces considération sanatomo-pathologiques et pathogéniques ne s'éloignent pas, comme on pourrait nous le reprocher, de notre titre médecine pratique. Qui ne sent combien cette notion de la nature inflammatoire habituelle de l'affection ulcéreuse est féconde en conséquences cliniques et thérapeutiques? « En admettant avant l'ulcère confirmé un stade de gastrite, ne sera-t-il pas permis d'espérer que celle-ci revête un jour des caractères assez spéciaux pour être reconnue d'abord et traitée méthodiquement ensuite? Serait-

(1) Archives de médecine, 1856

il défendu d'entreprendre, en combattant les inflammations de l'estomac, la prophylaxie de l'ulcère simple ? » (Galliard).

Passons à l'analyse des symptômes ; ce n'est pas assez de connaître la lésion, d'avoir déterminé ses causes et sa nature. « Cette détermination, disait Cruveilhier, suffirait au savant et au naturaliste, elle ne saurait suffire au médecin. »

On doit diviser en deux périodes l'évolution d'un ulcère de l'estomac, celle qui précède et celle qui suit ce grand fait clinique, la gastrorrhagie, se traduisant par les vomissements ou les selles sanglantes. Avant l'hématémèse, la détermination de la nature des troubles digestifs ou des douleurs accusés par le malade ne peut résider que dans « le calcul des probabilités, notre seul refuge pour le diagnostic des lésions d'organes inaccessibles à nos moyens directs d'observation. »

La *douleur*, toutefois, avec certains caractères spéciaux, par son siège spécial, doit mettre sur la voie. Nous rappelons qu'elle existe surtout au niveau de l'appendice xiphoïde, et dans le point rachidien diamétralement opposé. Elle naît, en général, peu de temps après l'ingestion des aliments, cesse quand ils ont été rejetés, augmente par la pression. C'est « tantôt une sensation de brûlure, tantôt celle d'une plaie vive ou bien d'un pincement, d'un animal qui ronge ou qui mord, celle de coups de canif qui se succèdent (quelques malades m'ont parlé d'une sensation de vésicatoire intérieur)..... Il semble d'autre fois que la douleur traverse comme un poignard la région épigastrique d'avant en arrière. » (Cruveilhier).

Malgré certains caractères différentiels (antériorité par rapport à l'ingestion des aliments, irradiations plutôt vers les nerfs intercostaux), la gastralgie purement nerveuse ou celle qui accompagne la dyspepsie simple n'est pas toujours aisée à distinguer de la douleur de l'ulcère; les crises gastriques de l'ataxie, si elles s'accompagnent de vomissements et en l'absence d'autre symptôme de tabes dorsal, sont aussi une cause de difficulté.

Aussi Cruveilhier et tous les auteurs après lui, ont-ils attaché une importance capitale au vomissement de sang, ou *vomissement noir* pour parler plus exactement, puisque le sang, altéré par le suc gastrique, prend une couleur foncée toute particulière; comparée à de la suie, à du marc de café, la couleur noire des matières rendues par le vomissement, rappelait le civet de lièvre à une dame dont parle Cruveilhier. L'hématémèse n'est pas toujours la conséquence de la gastrorrhagie, c'est parfois le melæna seul, les selles noires qui doivent permettre de soupçonner celle-ci. On a cité même un cas où une hémorrhagie, assez abondante pour tuer le malade en peu de temps, se produisit dans l'estomac, sans perforation de celui-ci, et sans qu'une seule goutte de sang fût rendue ni par le haut ni par le bas.

III

En présence du vomissement de sang ou de melæna, si le sujet est âgé, la gastrorrhagie unie aux symptômes gastralgiques, ne peut guère laisser d'hésitation qu'entre la cirrhose du foie, le cancer de l'estomac et l'ulcère. Cette question est de celles qu'on discute tous les jours au lit du malade et qu'on arrive souvent à résoudre,.... bien plus délicate est celle de l'hématémèse des jeunes sujets. Chez les hystériques, chez les femmes mal réglées, chez les jeunes gens pâles et nerveux, les hémorrhagies se produisent souvent sans lésions gastriques : hématémèses névropathiques de Lasègue. (Galliard).

C'est le diagnostic entre l'ulcère et le cancer qui préoccupait surtout Cruveilhier, les caractères différentiels les plus importants lui paraissaient au nombre de trois.

1° L'*absence de tumeur* est en faveur de l'ulcère, pourtant la tumeur cancéreuse peut être située de telle sorte que la percussion et la palpation ne puissent la déceler; le cancer peut être diffus, infiltré en nappe dans les parois, sans causer de bosselure ou de saillie appréciable.

La douleur, d'après Cruveilhier, serait rare dans le cancer et peu intense lorsque celui-ci ne cause pas d'obstacle au passage des aliments par son siège au pylore, et, dans ce dernier cas, les crises douloureuses s'accompagneraient d'une énergique contraction de l'organe qui se gonfle et se dessine sous la paroi abdominale dans les efforts pour triompher de la barrière pylorique. C'est aussi dans ce cas que se montrent les signes de la dilatation de l'estomac, l'abaissement du pylore, le bruit de glou-glou déterminé par la succussion de l'abdomen ; mais la dilatation peut aussi accompagner l'ulcère et toute gastrite chronique.

2° La *marche* de l'ulcère est constituée par une série d'alternatives d'amélioration, suivant toujours un régime sévère, et d'aggravation toujours provoquée par des écarts dans le régime.

Un malade de Cruveilhier, fort riche, ami de la bonne chère, éminemment goutteux, eut une hématèmèse et fut considéré comme atteint d'un cancer par un médecin peu au fait de cette question.

Dix ans après, il en eut une seconde, puis deux autres encore en l'espace de quatre ans, et chaque fois à la suite de repas trop copieux ou trop stimulants. Chaque fois il fut guéri par le régime sévère que lui dicta Cruveilhier, et demeura guéri, dit celui-ci, grâce à la terreur que lui inspirait la pensée toujours présente de la possibilité d'une récidive.

Le cancer, au contraire, marche pour ainsi dire d'un pas égal vers une terminaison funeste, indépendamment de tout régime et de tout traitement.

3° La *différence des effets du régime* est enfin « la véritable pierre de touche pour le diagnostic des cas douteux. »

Le régime diététique est presque inutile dans le cancer ; il serait nuisible, s'il était trop sévère.

Le régime est tout dans le traitement de l'ulcère simple, et s'il frappe juste, en quelques jours le malade est soulagé ; il a en lui le sentiment de sa guérison. Un bien-être indicible succède presque immédiatement, dans quelques cas, au malaise extrême, à l'angoisse inexprimable qui étaient la conséquence d'un mauvais régime et d'un mauvais traitement.

Ce diagnostic *a posteriori*, ou, comme disaient nos pères, *a juvantibus et lædentibus* ne m'a jamais trompé. »

IV

La tendance naturelle de l'ulcère de l'estomac vers la guérison dans la majorité des cas, lorsqu'un régime convenable est imposé au malade, ne doit cependant pas faire oublier qu'une fois sur sept ou huit (Brinton) la perforation de l'organe se produit, et que, si des adhérences antérieures avec les organes voisins ne viennent pas y mettre obstacle, une hémorrhagie foudroyante dans le péritoine peut tuer le malade.

Cette éventualité soulève un *côté médico-légal* de la question, côté qui n'avait pas plus que les autres échappé à la sagacité vraiment admirable de Cruveilhier. En effet, après avoir cité le cas du chimiste d'Arcet qui, âgé de soixante-douze ans, après six mois de digestions laborieuses, mourut de perforation spontanée de l'estomac, survenue immédiatement après un léger repas, il rapporte le fait suivant :

« Les accidents rapidement mortels qui sont la suite de la perforation de l'estomac survenant brusquement, et quelquefois immédiatement après l'ingestion d'aliments ou de boissons, la question d'empoisonnement a été soulevée un assez grand nombre de fois.

..... Un charbonnier, âgé de vingt-trois ans, d'une force athlétique, chargé d'un sac de charbon, boit un verre de vin en passant devant un cabaret : il continue sa route, mais, au bout de quelques minutes, il est pris de coliques atroces, reçoit chez lui les premiers soins, est apporté mourant le lendemain matin à la maison de santé du faubourg Saint-Denis, présente tous les caractères d'une péritonite par perforation, et meurt quelques heures après son entrée à l'hôpital, avec la plénitude de son intelligence. J'avais pu recueillir de sa bouche un précieux renseignement, c'est qu'il souffrait de l'estomac depuis plusieurs mois et que ses digestions étaient très laborieuses.

La corporation des charbonniers, persuadée que leur camarade était victime d'un empoisonnement, et que la cause de cet empoisonnement était le verre de vin pris immédiatement avant l'invasion des accidents, décida qu'elle devait intenter un acte judiciaire contre le marchand de vin, et dans ce but, elle voulut que l'autopsie fût faite en présence d'une députation de leur corps. — C'était, comme je l'avais annoncé avant l'autopsie, un cas de perforation spontanée par ulcère simple de l'estomac. »

Dans une curieuse et ingénieuse étude, Littré s'est appliqué à établir rétrospectivement, par l'analyse des mémoires du temps et des procès-verbaux de ses médecins, que la princesse Henriette d'Angleterre, dont la mort si soudaine et si tragique a inspiré à Bossuet son immortel : « Madame se meurt ! Madame est morte ! », avait succombé à la perforation dans le cours d'un ulcère de l'estomac, et non pas, comme on l'avait cru, à un empoisonnement.

V

Le *traitement* de l'ulcère simple de l'estomac a également été tracé d'une manière péremptoire et définitive par Cruveilhier.

Peu ou point de médicaments, disait-il : « Laisser reposer l'organe malade ! Cette loi, si fidèlement observée dans le traitement des autres organes de l'économie, semble complètement oubliée quand il s'agit de l'estomac. On est vraiment sans pitié pour son estomac ; il a beau se révolter, il faut qu'il travaille toujours.

« Mais, si le repos de l'estomac doit être absolu quant aux médicaments, il ne saurait l'être quant à l'alimentation. Le repos de l'estomac, c'est le régime, c'est un choix et une quantité d'aliments qui soient en rapport avec les instincts de l'estomac et qui passent pour ainsi dire inaperçus.

« Le grand problème à résoudre est de trouver un aliment qui soit toléré sans douleur ; une fois trouvé, la guérison s'effectue avec facilité. Or, le lait semble agir dans ce cas à la manière d'un spécifique, mais sa spécificité vient exclusivement de son innocuité.

« On ne se fait pas une idée de la délicatesse, de la finesse de tact que présente le *sens gastrique* (qu'on me passe cette expression). Il n'y a pas de réactifs chimiques, pas d'instrument de précision dans les sciences physiques, plus sensible que la muqueuse de l'estomac malade ; elle palpe tout ; elle apprécie tout jusqu'aux plus légères nuances.

« Ainsi, dans quelques cas, *le lait froid* passe à merveille, alors que le lait chaud ou tiède ne passe pas ; le lait bouilli est bien supporté, le lait non bouilli ne l'est pas. J'ai vu des estomacs tellement délicats, qu'ils reconnaissaient que le lait qu'on leur donnait ne venait pas de la bête qui le leur fournissait ordinairement, qu'il était ou qu'il n'était pas de la première traite. »

Donc, régime lacté intégral avec les modes divers d'administration et certains artifices qui ont pour but d'en faciliter la tolérance et la prolongation, suivant des règles que nous nous proposons de passer en revue prochainement dans une étude spéciale sur le régime lacté, — telle est la base du traitement, jusqu'à la disparition des phénomènes morbides, douleurs et gastrorrhagie.

Après le régime lacté, quelques féeules, le riz surtout étaient recommandés par Cruveilhier. Il avait remarqué que, la guérison obtenue, l'appétit des viandes se réveille presque d'emblée dans beaucoup de cas, et, avant l'appétit des légumes. Il donnait d'abord un seul repas de poulet au milieu du jour, continuant le lait le reste du temps ; quelquefois, sans transition, il laissait les malades passer du lait au bœuf et au mouton. Il étudiait les susceptibilités individuelles, extrêmement variables, les uns ne pouvant supporter qu'un seul repas copieux en vingt-quatre heures, les autres plusieurs petits. Aux uns la glace convenait ; aux autres une température chaude ou même très chaude.

« La détermination du régime alimentaire se fait, disait-il, par le tâtonnement méthodique, par voie d'élimination. »

C'est « par des petits soins de garde-malade » qu'il obtenait la guérison définitive. Il recommandait par-dessus tout d'être avare de purgatifs et de vomitifs pendant la maladie, et après, même longtemps après la guérison, par crainte des récidives, dont la fréquence s'explique par la fragilité du tissu cicatriciel qui n'a pas la souplesse de la muqueuse.

« Très peu de médicaments, beaucoup d'hygiène et encore plus de révulsion, » est aujourd'hui encore la formule du professeur Peter.

Les révulsifs sont les vésicatoires, cautères, pointes de feu ; Cruveilhier s'en trouvait déjà bien.

Contre une gastrite suspecte, avant l'apparition d'hématémèses, les médecins allemands préconisent le sulfate de soude, 12 à 15 grammes tous les matins, asssocié à de petites doses de bicarbonate de soude et chlorure de sodium.

Lavements quotidiens pour éviter à tout prix la constipation.

Le lavage de l'estomac, fort à la mode aujourd'hui, ne doit être employé qu'avec de grandes précautions ; il a plus d'une fois été suivi d'hématémèses (Millard, Galliard).

Quand la gastrorrhagie est venue ouvrir la période d'ulcère confirmé, les moyens hémostatiques, perchlorure de fer, ergotine, glace, en triompheront, si elle est peu considérable. Abondante au point d'inquiéter pour la vie du malade, elle requiert les injections sous-cutanées d'éther, le plus précieux des stimulants, en dernier ressort la transfusion du sang.

Contre la douleur, Cruveilhier n'était pas très enclin à donner l'opium qui lui paraissait soulager peu ; les injections sous-cutanées de morphine nous permettent aujourd'hui de soulager au contraire les douleurs trop aiguës. Il ne faut pourtant pas laisser les malades s'en pratiquer eux-mêmes à chaque crise douloureuse, sous peine de les exposer à ajouter un certain degré de morphinisme à la cachexie causée par l'ulcère.

Quant à l'excision de la portion pylorique rétrécie par la cicatrice consécutive à un ulcère simple, pratiquée avec succès par Rydygier (1), c'est un tour de force chirurgical que nous ne citons ici que par curiosité. PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE ET PHARMACIE.

Monsieur le Directeur,

Dans le numéro du 30 décembre, sous le titre : médecine et pharmacie, le docteur Gassot critique vivement mon article qui a été publié dans le *Concours* du 25 novembre. Je viens donner quelques explications à la thèse que je soutiens : *Les deux professions, médecine et pharmacie, doivent être séparées et complètement indépendantes.* Il y a évidemment un malentendu. D'après le dernier article de mon honorable confrère, je crois comprendre qu'il demande simplement le droit pour tous les médecins de fournir les médicaments à leurs malades, et par conséquent, la suppression, de fait, de la profession actuellement, *uniquement destinée à les délivrer sur ordonnance*, c'est-à-dire, en un mot, l'établissement de *médecins-pharmaciens.* J'avais pensé qu'il généralisait la question, et, dans l'art. du 25 novembre, j'avais en vue les *pharmaciens-médecins.*

Supposons, pour un instant, les pharmaciens autorisés légalement à soigner des malades : n'ai-je pas toutes les meilleures raisons du monde de dire ce que j'ai dit ? Beaucoup d'entre eux sont négociants. S'il existe un seul diplôme, les jeunes gens qui se seraient fait simplement recevoir pharmaciens, n'arriveraient-ils pas, en y mettant le temps, à conquérir ce diplôme unique, aussi bien que les étudiants en médecine ? Le docteur Gassot croit-il qu'alors la médecine sera exercée avec le désintéressement dont nous faisons preuve ?

Je réponds maintenant à notre cher confrère, le docteur Geoffroy, que je sais fort bien comment les médecins exercent la pharmacie, actuellement du moins. Ils l'exercent parce qu'ils y sont forcés dans l'intérêt de leurs clients, et naturellement ils cherchent à s'éviter de la peine, tout en faisant pour le mieux de leurs malades. Mais ils n'y gagnent à peu près rien ; ils en sont pour leurs peines. Je demande au docteur Geoffroy s'il pense qu'il en serait de même si les pharmaciens avaient le droit de soigner des malades ?

Mes explications sont peut être un peu écourtées. Mais j'ai toujours considéré les colonnes du *Concours* comme ouvertes à la discussion. J'en ai usé, et je compte bien en user encore, car nul plus que moi ne regrette que l'on ne puisse se passer de l'intermédiaire du pharmacien.

Recevez, D[r] LACHIZE (*La Demi-Lune*).

Réponse.

Le D[r] Lachize ne se trompait pas lorsqu'il pensait que, généralisant la question, je demandais un diplôme unique ouvrant la porte à l'exercice de la médecine, à l'exercice de la pharmacie, ou à l'exercice simultané des deux professions au gré du diplômé.

J'ai toujours pensé et pense encore qu'il était absurde que le pharmacien *qui délivre le médicament* ignorât le mode d'agir, les propriétés et les indications de ce médicament, et que, d'autre part, le médecin *qui, connaissant ce mode d'agir, ces propriétés et ces indications*, peut seul légalement prescrire ce médicament ignorât trop souvent son mode de préparation, les moyens de

(1) Berlin. Klin. Woch, n° 3. 1882.

reconnaître sa pureté et fût souvent dans l'impossibilité de contrôler le produit délivré par un tiers.

D'autre part, convaincu que le droit de délivrer un médicament ne peut en rien influer sur l'honnêteté d'un homme, je ne vois pas bien quelle différence existerait entre le médecin-pharmacien et le pharmacien-médecin, possesseurs tous deux du même diplôme et ayant les mêmes connaissances.

Enfin, je suis persuadé que le Dr Geoffroy continuera à penser, comme moi et bien d'autres, que le Dr Lachize ne se rend pas un compte exact de la manière dont le médecin fait de la pharmacie légalement, et je puis lui assurer que, s'il est bien au courant de ce qui se passe dans sa région, il a grand tort de généraliser et de supposer qu'il en est ainsi pour toute la France.

Par contre, je suis tout à fait de son avis lorsqu'il pense que les colonnes du *Concours* sont ouvertes à tous, et comme je suis absolument convaincu qu'il y exprime une opinion raisonnée, je ne puis que l'inviter à poursuivre une discussion qui ne peut qu'être intéressante.

Je ne lui demanderai qu'une chose, c'est de m'adresser directement ses lettres, afin que j'en prenne connaissance plus tôt et qu'il me soit possible d'y répondre en temps opportun.

Dr A. Gassot.

II

LES MÉDECINS SANITAIRES A BORD DES NAVIRES DE COMMERCE.

Le *Concours Médical*, depuis sa fondation et sous la forte impulsion que lui a imprimée son dévoué Directeur M. le Dr A. Cézilly, n'a cessé de s'occuper avec une louable opiniâtreté des intérêts multiples de la grande famille médicale. Or, personne jusqu'ici n'a élevé la voix en faveur des médecins sanitaires à bord des navires de commerce, dont la situation est cependant très précaire. On sait qu'ils jouissent, en général, du même traitement que le commissaire du bord, lequel n'est, en somme, qu'un employé de bureau ordinaire. Dans la Méditerranée, les compagnies de navigation leur allouent 150 francs par mois. Pour l'Amérique du sud, la compagnie des Transports Maritimes pousse le sacrifice jusqu'à les gratifier de 200 francs par mois, en prélevant, bien entendu le 3 0/0 en faveur de la caisse des Invalides sur laquelle le médecin sanitaire n'a *aucune espèce de droit*. La compagnie des Messageries Maritimes, un peu plus généreuse, accorde 180 francs dans la Méditerranée; ce traitement s'augmente avec la distance et peut aller jusqu'à 5000 francs environ par an, pour les médecins qui consentent à : 1° s'expatrier et 2° à contracter dans la station de Chine, les fièvres ou la dysenterie.

Voyons maintenant ce qu'est, au point de vue administratif, le service médical fait à bord des navires :

L'article 32 du réglement sanitaire international en date du 2 Février 1853, qui régit la matière, oblige les navires qui transportent des voyageurs à avoir un médecin sanitaire à bord, lequel a pour mission spéciale de veiller à la santé des équipages, et des voyageurs, de faire prévaloir les régles de l'hygiène et de rendre compte, à l'arrivée, des circonstances du voyage.

Il est tenu, en outre, de consigner avec exactitude et autant que possible jour par jour, sur un registre *ad hoc*, les circonstances qui peuvent être de nature à intéresser la santé publique, en notant *avec un soin tout particulier*, les maladies observées, les simples accidents même, ainsi que le traitement appliqué et ses suites.

On voit que les douzes puissances qui ont adopté cette convention se sont préoccupées de la santé des passagers; elles ont voulu, en outre, établir un contrôle pour le cas où des maladies contagieuses feraient leur apparition à bord du navire.

Les Compagnies de navigation ont considéré cette obligation comme une véritable charge; aussi n'ont-elles jamais fait aux médecins sanitaires embarqués une position sérieuse. La compagnie des Messageries maritimes est la seule où le jeune médecin puisse entrevoir un avenir à peu près passable ; les autres, en général, mettent, comme nous l'avons déjà dit, le médecin sanitaire sur le pied du commissaire de bord; or, on se fait difficilement à l'idée qu'une profession qui exige de longues et coûteuses études soit assimilée à celle d'un employé de bureau ordinaire.

Cet état de choses fait que, les Messageries maritimes exceptées, la plupart des compagnies n'embarquent que très rarement, ainsi que l'exige le réglement, des *docteurs en médecine* : le service est fait par des *officiers de santé*, et *même par de simples étudiants en médecine* (1).

D'un autre côté, le médecin sanitaire est accepté et commissionné par M. le Ministre du Commerce et de l'Agriculture, sur la présentation de la Compagnie, de telle sorte que ce fonctionnaire, qu'on a voulu mettre sous la dépendance immédiate du Ministre, ne relève, en réalité, que de la Compagnie qui le paye.

Cette manière d'être crée au médecin sanitaire une situation délicate. Les intérêts de la Compagnie n'étant pas toujours ceux de la santé publique, il se trouve placé dans une alternative fâcheuse : le devoir et l'intérêt entrent en lutte, et rien ne nous prouve que celui-ci ne puisse triompher au détriment de celui-là.

Il serait donc nécessaire de modifier le réglement à ce sujet. A notre avis, les médecins sanitaires devraient former un corps régulièrement organisé, ne relevant que du Ministre. Leur traitement, en harmonie avec la dignité professionnelle, serait servi par l'Etat qui le reprendrait aux Compagnies de navigation, lesquelles n'auraient pas à s'occuper du recrutement de leurs médecins.

Ce nouvel état de choses offrirait, j'en suis con-

(1) On peut demander des renseignements à ce sujet, à M. le Dr Marroin, Directeur de la Santé à Marseille.

vaincu, des garanties sérieuses pour la santé publique : d'autre part, dans un voyage au long cours, les passagers ou les hommes de l'équipage ne verraient plus leur existence compromise par un étudiant en médecine qui est absolument seul et ne peut, dans aucun cas, recourir à un médecin éclairé.

Pour terminer, qu'il me soit permis de raconter ici un fait personnel qui donnera la mesure de l'intérêt que la Compagnie des Transports Maritimes, par exemple, porte à ses médecins.

Au retour d'un voyage que je fis en 1875 dans l'Amérique du Sud, en qualité de médecin sanitaire à bord de la « *Savoie* », le capitaine eût à traiter avec les commissaires d'un paquebot anglais le *Biafra*, qui, par suite d'une avarie survenue à sa machine, était resté en perdition à quelques milles de St-Vincent (Iles du Cap Vert). Ce vapeur avait été rencontré par un baleinier, lequel avait pris à son bord le commissaire anglais afin de venir chercher du secours à St-Vincent même où notre navire était mouillé.

Il fût convenu qu'on irait à la recherche du *Biafra*, et qu'on le remorquerait jusqu'à St-Vincent contre le paiement d'une somme de deux cent mille francs ; dans le cas où, après deux jours de recherches minutieuses on ne le rencontrerait pas la Compagnie de *l'Occidental Afric Navigation*, à laquelle appartenait le navire, paierait, à titre d'indemnité, la moitié de la somme, soit cent mille francs. Nous ne rencontrâmes pas le vapeur anglais et, à notre arrivée à Marseille, la somme de cent mille francs fût immédiatement payée. Notre compagnie préleva dix mille francs pour être distribués à l'équipage : le capitaine s'octroya la part du lion, c'est-à-dire la moitié de la somme et distribua le reste avec l'assentiment de la compagnie, au personnel de la *Savoie* : il n'y eût que moi, médecin du bord, auquel on n'accorda rien sous prétexte que je ne faisais pas partie de l'équipage. Je fis mes réclamations, j'objectai qu'étant immatriculé sur les registres de l'inscription maritime et sur le rôle d'équipage, je devais avoir quelques droits à une indemnité d'autant plus légitime que mon existence avait été exposée en dehors du service pour lequel j'étais embarqué. Je demandai même si l'on avait quelque chose à me reprocher : la compagnie, dans la personne de son directeur, déclara qu'à tous les points de vue je n'avais pas démérité, mais que le médecin de bord ne pouvait être, dans aucun cas, l'objet d'une gratification etc., etc. J'adressai une plainte à M. Michelin, commissaire général de la marine à Marseille, lequel désapprouva vivement la conduite peu convenable de la Compagnie des Transports Maritimes et me conseilla de recourir aux tribunaux. Les soucis de mon établissement m'empêchèrent de suivre ce conseil et je suis resté depuis sous le coup de cette criante injustice.

Il importe donc, je le répète, que la situation des médecins sanitaires soit améliorée; en attendant nous devons exiger l'application stricte du réglement *qui ne permet pas qu'on embarque d'autres médecins que les seuls Docteurs en médecine* nommément désignés par ce règlement. Les compagnies de navigation, éprouvant plus de difficultés pour le recrutement de leur personnel, accorderont à notre profession le respect et la déférence qui lui sont dûs ; la santé des passagers et de l'équipage y gagnera en sécurité et, enfin, notre pays y trouvera une garantie sérieuse et efficace contre l'introduction de fléaux tels que le choléra et la fièvre jaune.

Dr Albenois,

Directeur du bureau de statistique médicale et de démographie de la ville de Marseille.

III

Classement des notes, formules, etc...

A.

Monsieur le directeur.

Pour répondre dans la mesure de mes moyens à la demande formulée, dans le journal du 25 novembre 1882, par M. le Dr S. à Saint-C., 1839, 8 novembre, permettez-moi de vous exposer ma manière de faire, pour retrouver facilement et rapidement les diverses formules thérapeutiques, les notes recueillies sur tous les sujets de la science médicale et enfin les observations médicales qui me paraissent intéressantes à conserver.

1° Formules nouvelles et indications thèrapeutiques :

J'ai inscrit en tête de chaque page d'un grand registre journal et par lettre alphabétique un des noms de toutes les maladies connues ou de tous les symptômes morbides qui, d'ordinaire, sont l'occasion d'une indication thérapeutique. — Le mémorial thérapeutique qui figure à la fin du formulaire magistral de Bouchardat m'a servi de guide.

Dès que je lis dans un journal ou dans un ouvrage quelconque une formule ou un traitement bon à recueillir, je l'inscris sur la page de la maladie qui l'ont motivé. Quand j'ai affaire à la maladie en question, rien de plus aisé que de retrouver les divers traitements proposés pour elle, grâce à la disposition par lettre alphabétique.

2° Notes scientifiques :

Le même procédé pourrait être utilisé, mais en raison de l'étendue variable de ces notes, j'ai jugé préférable de les inscrire les unes à la suite des autres, dans un deuxième grand registre paginé, en ayant seulement soin d'indiquer exactement le sujet de le note et le numéro de la page à la table des matières de la fin du registre. Il m'arrive souvent aussi de les inscrire en marge sur les traités de pathologie que je possède. Il serait à désirer, à cette occasion, que tous nos livres scientifiques fussent imprimés sur papier collé, afin que toutes les annotations pussent être faites à l'encre. Beaucoup de personnes ont l'habitude, au moment de livrer leurs ouvrages didactiques à la reliure, de pres-

crire à l'ouvrier d'intercaler chaque feuille de texte entre deux feuilles de papier blanc rayé ou non. De cette manière, on assure la place de toutes les annotations que nécessitent les progrès incessants de la science.

3° Observations :

Je les fais sur de grandes feuilles doubles et je réunis, sur le champ, toutes celles qui ont trait à des affections du même organe, à des maladies de même nature.

Je serais heureux que l'un ou l'autre de ces procédés pût être utile à notre honorables confrères, et je vous prierais, Monsieur le Directeur, de me servir d'intermétiaire auprès de lui et d'agréer l'assurance de mon entier dévouement à la cause que vous défendez avec tant de succès.

J'ai l'honneur etc. Dr Antony

de-Saint-Martin-de-Ré.

B.

Monsieur le Directeur,

Je réponds immédiatement à la lettre du 8 novembre du Dr S. à Saint C., 1839, parue aujourd'hui dans le *Concours*, et je le fais d'autant plus volontiers que je me suis trouvé longtemps aux prises avec les difficultés qu'il signale.

Les fruits d'une lecture se perdent avec le temps, une formule thérapeutique fournie par la longue expérience d'un confrère s'oublie, une médication que l'on se promet d'utiliser ne laisse plus que des souvenirs peu précis quand le cas de l'employer se présente, et l'on se trouve au moment de l'action hésitant et mécontent de soi, car le temps manque pour feuilleter, relire et retrouver.

Pour parer à cet ennui, voici le moyen que j'emploie.

Quand une formule, une médication me paraissent réunir les meilleures conditions de succès, je les note à leur place *au fur et à mesure* de mes lectures en marge d'un dictionnaire qui ne quitte pas mon bureau. Lorsque pour le traitement d'une maladie je suis dans le doute j'ouvre à son article mon dictionnaire où je retrouve le résumé de mes lectures, et les indications nécessaires à mes recherches.

Une fois que mon expérience m'a édifié sur la valeur d'une formule notée, je la fais suivre, comme dans le dictionnaire de Bouchut et Desprès dont je me sers, par le signe

(++)	ou (+)	ou (—)	ou (?)
très bon	bon	mauvais.	douteux

Il n'y a qu'un inconvénient à cela, c'est que l es marges sont trop étroites et que le papier d'imprimerie supporte difficilement la plume.

Je suis convaincu qu'un éditeur qui publierait un bon résumé de pathologie médico-chirugicale et d'obstétrique, en faisant suivre chaque article par les meilleures formules de thérapeutique employé s et par des conseils pratiques, qui, en un mot, résumerait le *modus faciendi* de chaque cas, élaguant les question diffuses de théorie pour s'en tenir surtout à la *pratique*, je suis convaincu que cet éditeur ferait une bonne affaire en rendant service aux praticiens.

Il pourrait et devrait reserver aux notes manuscrites de chacun, (absolument comme le *Concours* le fait pour sa correspondance,) un cinquième ou un quart de chaque page. De la sorte, à la mort de chaque médecin on trouverait sur son bureau un résumé pratique de ses observations et l'expérience de tous ne serait pas perdue pour les *jeunes* et pour l'avenir.

L'idée d'un *memento-dictionnaire* de cette sorte (mais il ne faudrait qu'un volume), est très réalisable. Que les membres du *Concours* veuillent bien traiter chacun un article, et dans six mois, le dictionnaire fait sera sur la table de chaque praticien.

Le bénéfice de la publication serait naturellement pour la caisse du *Concours*.

En terminant, Monsieur le Directeur, veuillez me permettre de vous remercier vivement du bien que vous faites au corps médical, aux *jeunes* surtout, et même aux *vieux*.

Agréez, Dr Pommageot (*de-Bains-en-Vosges*).

C

Très honoré Directeur,

Je suis heureux d'être utile à notre confrère le Dr S. à St.-C. 1839, en lui faisant connaître la méthode très commode dont je me sers pour classer mes notes. J'ai tout simplement dans une boîte longue, une série de fiches classées par lettres alphabétiques, à l'aide d'autres fiches plus longues, sur le haut desquelles se trouvent imprimées les lettres de l'alphabet. Une chose intéressante se présente-t-elle à noter : je prends la fiche correspondante, et j'écris, soit l'index bibliographique, soit une simple analyse. Quand je veux retrouver ces renseignements, je n'ai plus qu'à feuilleter cet espèce de répertoire.

Si ce moyen peut faire le bonheur d'autres confrères, vous pourrez le publier. Mes fiches ont dix centimètres sur douze.

Agréez, Dr. Viard,

(*de Châtillon-sur-Seine*).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Etiologie de la fièvre typhoïde.

La théorie de l'origine fécale de la fièvre typhoïde nous a toujours paru se rapprocher beaucoup plus de la vérité que toutes les autres. Dans

un de nos derniers *Bulletins* (1882, n° 50, p. 613), nous sommes revenu sur cette question, et nous avons rappelé que la mauvaise habitude que l'on a dans les campagnes de vider les déjections sur les fumiers était souvent la cause de la propagation de la maladie. Il y a longtemps que cette constatation a été faite dans les campagnes: dans les villes, l'origine fécale de la fièvre typhoïde est bien plus difficile à démontrer. Cependant un excellent praticien d'Auxerre, M. Dionis des Carrières, vient de faire cette démonstration avec une évidence absolue pour l'épidémie typhique, dont la ville où il exerce a été le théâtre. Nous empruntons le récit au *Lyon médical*.

Auxerre comprend une population d'environ seize mille âmes. Malgré ses rues étroites et tortueuses, la situation sanitaire y est habituellement des plus satisfaisantes. La mortalité moyenne, en effet, est de huit décès par semaine, soit quatre-cent-cinquante par an. On y observe rarement des épidémies graves, et depuis la dernière épidémie de fièvre typhoïde, qui remonte à trente ans, les cas de dothiénentérie étaient très rares. En 1881, on compte deux décès occosionnés par cette maladie; en 1882, jusqu'au mois mois d'août inclusivement, ils s'élèvent à neuf; puis tout à coup, dans les premiers jours de septembre, les cas de fièvre typhoïde se montrent en nombre considérable et s'élèvent à huit cent dans les mois de septembre et d'octobre. Dans cette même période, le nombre des décès dépasse quatre-vingt-dix.

La rapide extension de la maladie devait évidemment faire écarter l'idée de contagion dans la recherche des causes propres à expliquer le développement de cette épidémie locale. Ces causes, on crut un moment les trouver dans les travaux de terrassement nécessités par l'établissement de canaux pour le service des eaux potables et de l'éclairage. Mais M. Dionis fut frappé de ce fait que les ravages de l'épidémie n'étaient pas uniformément répartis sur tous les quartiers d'Auxerre, alors que les travaux de canalisation dont il a été question s'étendaient à travers toute la ville. En pointant les décès par quartier, il constata que certains quartiers étaient indemnes, tandis que d'autres, limités à l'ancienne enceinte, renfermaient presque tous les individus atteints. Tout ce qui entoure la ville, faubourgs, asiles d'aliénés, nouvelle caserne, semblait épargné.

Or, ces deux derniers établissements entre autres, ne reçoivent pas les eaux de la ville. Ces faits attirèrent l'attention de M. Dionis sur les eaux potables comme origine du mal, surtout lorsqu'il apprit de l'un de ses confrères, le docteur Populus, qu'il y avait eu quelque cas de fièvre typhoïde, pendant le mois d'août, dans les villages voisins et, en particulier, dans le village de Valon, où se trouve la source qui avait seule fourni, jusqu'au 1er septembre, les eaux de la ville d'Auxerre. M. Dionis s'y rendit et trouva une source captée, débouchant sous un rocher au-dessus duquel se trouvait un tas de fumier en contre-bas d'une maison d'habitation. Or, dans cette maison une jeune femme de vingt ans avait été atteinte au mois d'août d'une fièvre typhoïde grave. Cette malade, du 15 au 24 août, avait eu une diarrhée abondante fournissant de huit à douze selles par jour. Ces selles avaient été constamment déversées sur le fumier voisin de la source. Il restait à s'assurer si les déjections répandues sur le fumier avaient pu pénétrer jusqu'à la source en traversant une couche rocheuse qui mesurait deux mètres d'épaisseur.

C'est ce que fit M. Dionis en versant sur le fumier, où avaient été jetées les déjections de la malade, de l'eau colorée avec de l'aniline; au bout de quelques minutes, cette eau venait teindre en violet une petite source immédiatement contiguë au griffon de la source principale. D'un autre côté, l'étude de la répartition des cas de dothiénenthérie montre qu'elle correspond très exactement à la distribution des eaux de Valon dans la ville.

Ainsi, la nouvelle caserne qui ne reçoit point ces eaux a été épargnée, tandis que dans l'ancienne qui les reçoit, on a constaté un grand nombre de cas de dothiénentérie. Entre la nouvelle caserne et l'asile d'aliénés qui, tous deux, tirent leur eau d'une source spéciale, se trouve la prison qui est alimentée par la source de Valon : dans les deux premiers établissements, pas un seul typhoïque, et, au contraire, quatorze malades dans la prison. Dans plusieurs faubourgs dont les eaux potables sont fournies par d'anciens puits, pas un seul cas, sauf une petite fille qui se rendait tous les jours dans la ville et avait bu de l'eau de Valon. Enfin, après d'autres exemples, M. Dionis rapporte un dernier fait très concluant: derrière sa maison s'élèvent deux couvents séparés par un mur peu élevé. Le premier paie à la ville une importante concession d'eau; sept religieuses sur trente-neuf ont été atteintes. Le second est un orphelinat pauvre auquel la municipalité a refusé la concession gratuite de l'eau de la ville et qui est alimenté par un puits; dans cet établissement se trouvent soixante-huit enfants, quatorze religieuses : on n'a relevé qu'un seul cas chez une petite fille sortie en permission et qui avait fait deux repas chez ses parents.

Après ce récit, est-il possible de nier que l'épidémie d'Auxerre a été le résultat de l'infiltration des selles typhoïdiques dans la source qui seule fournissait alors les eaux potables consommées dans la plus grande partie de la ville? L'observation si exacte de notre confrère d'Auxerre a certainement plus éclairé la question que toute la discussion académique. Croira-t-on, après cela, qu'il serait prudent de faire passer les matières fécales dans les égoûts, et de là à la rivière. Ce serait plutôt le moment de s'assurer que, dans les villes, les fosses d'aisances sont parfaitement étanches, et ne communiquent pas avec les puits ou les conduites d'eau potable, ce serait surtout le moment d'y jeter des désinfectants chimiques qui empêcheraient l'air d'être infesté par les miasmes dont les tuyaux d'aérage des fosses saturent l'atmosphère.

La dernière maladie de M. Gambetta.

L'*Union médicale* qui compte dans son Comité de Rédaction le médecin qui a soigné M. Gambetta, et un de ceux qui ont signé le procès-verbal de son autopsie, publie, sous ce titre, les détails suivants qu'elle déclare tenir de bonne source.

La blessure de M. Gambetta, faite le 27 novembre, par une balle de révolver entrée par la face palmaire de la main et sortie par la face dorsale de l'avant-bras, était en très bon état le 3 décembre, et à peu près complètement guérie le 10. Le 13, après un repas assez copieux, il ressentit dans le flanc droit une douleur assez vive qui dura environ une demi-heure et disparut peu à peu, d'elle-même. Depuis plusieurs années déjà, cette douleur se manifestait très souvent, une heure environ après la fin du repas; M. Gambetta portait alors vivement la main au côté droit, vers la région du foie, pressait un peu, et la douleur s'en allait graduellemeut. La répétition fréquente de cette douleur lui avait donné, en quelque sorte, un geste qui lui était devenu familier et qui consistait à appuyer la paume de la main droite sur le côté droit du ventre.

Cette fois, la région resta douloureuse plus longtemps; le 16, M. Gambetta reçut quelques amis, resta un peu tard dans son jardin, se trouvant très bien au grand air, disait-il; le soir, il fut pris d'un frisson, de fièvre, la température monta à 40° et la douleur abdominale devint plus vive. Les jours suivants, se montrèrent les signes d'une pérityphlite remontant sur le trajet du colon ascendant, puis, l'inflammation gagna la paroi abdominale et la fosse iliaque devint gangréneuse et entraîna la mort le 31 décembre.

Les urines, examinées depuis deux ans à diverses reprises par M. Siredey, qui croyait son illustre client diabétique, n'avaient pas décelé la présence du sucre; pendant cette dernière maladie, le 18 décembre, je crois, on en trouva quinze grammes par litre, mais cette fois seulement; il n'y en eut plus les autres jours; l'albumine, au contraire, fut trouvée à chaque examen.

A l'autopsie, faite quarante-huit heures après la mort, la putréfaction du foie et des reins empêcha qu'on en fît un examen précis: on trouva une inflammation récente du péritoine, survenue probablement le dernier jour, au voisinage du colon ascendant; une inflammation sous-péritonéale de tout l'hypocondre droit, principalement autour du gros intestin (péricolite); deux larges plaques de phlegmon gangréneux de la paroi abdominale, au-dessus de l'aine et dans l'espace costo-illiaque; des adhérences anciennes entre la vésicule biliaire, très épaissie, et l'angle du colon, et entre l'appendice vermiforme et le cœcum; nulle part de pus collecté; à peine, en décollant le péritoine, s'en accumule-t-il deux cuillerées environ dans la gouttière péritonéo-pariétale; enfin, lésion plus importante, un rétrécissement ancien des cinq derniers centimètres de l'iléon et de la valvule iléo-cœcale, rétrécissement si étroit que le bout du petit doigt ne pouvait le franchir.

Ce rétrécissement était évidemment la cause de cette douleur qui se manifestait dans le flanc droit après les repas, au moment où les aliments digérés passaient de l'intestin grêle dans le gros intestin. Elle fut plus violente au moment de la convalescence de M. Gambetta, parce qu'il avait gardé une diète assez rigoureuse pendant la cicatrisation de la plaie, et qu'il reprit trop vite son régime habituel; il y eut alors une sorte d'obstruction intestinale déterminée par le rétrécissement ancien qui, n'étant plus dilaté depuis une quinzaine de jours, mit obstacle au passage des matières; la douleur fut plus vive et dura plus longtemps parce que l'intestin subit cette fois une dilatation brusque. Que se passa-t-il alors? Peut-être une contracture de l'intestin voisin, peut-être une légère déchirure qui devint le point de départ du phlegmon constaté les jours suivants.

Voici donc comment on peut résumer cette maladie: Plaie en séton de la main et de l'avant-bras, guérie le 10 décembre; le 13, obstruction intestinale, ayant probablement provoqué le phlegmon qui se manifesta au voisinage d'un ancien rétrécissement de l'intestin, phlegmon qui, survenant chez un sujet obèse, albuminurique et peut-être diabétique, est devenu diffus, gangréneux et mortel.

Les organes thoraciques étaient sains; le cerveau, dont les circonvolutions étaient d'une netteté parfaite, ne pesait que 1160 grammes, ce qui est le poids d'un petit cerveau ordinaire; mais on sait que, d'après les savants les plus autorisés, le développement de l'intelligence n'est pas en rapport absolu avec le poids du cerveau. Or, personne ne peut nier que l'*intelligence de M. Gambetta* ne fût des plus remarquables.

On a dit que M. Gambetta était syphilitique; le fait est possible, mais on ne trouva aucune trace de la diathèse, ni pendant la dernière maladie, ni après la mort.

On a critiqué diversement la conduite des chirurgiens, qui dans cette circonstance ont conservé une expectation à peu près complète. On leur a opposé l'opinion d'autres chirurgiens plus hardis qui n'auraient pas hésité à aller à la recherche du pus, coûte que coûte. Mais étant donné l'état constitutionnel de M. Gambetta (obésité, albuminurie, etc.), on a tout lieu de croire que ceux qui eussent été assez entreprenants pour aller à la recherche du pus, qui d'ailleurs n'existait pas en collection, se seraient exposés à faire, pour employer la spirituelle expression de l'un des consultants, une autopsie sur le vivant.

Le sulfate de quinine des hôpitaux.

Nous empruntons au *Progrès médical* la nouvelle suivante :

Il y a peu de jours, on faisait grand bruit du traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine à hautes doses. Il en faut rabattre. Ce qu'on administrait aux malades des hôpitaux sous le nom de sulfate de quinine n'était qu'une drogue quelconque dans laquelle le médicament actif ne figurait que pour un tiers à peine. On a cependant vanté les heureux résultats du produit; serait-il

donc indiscret de demander aux pharmaciens de l'assistance publique la composition exacte de ce soi-disant sulfate de quinine?

Qu'un pareil genre de fraude puisse être pratiqué impunément dans un grand nombre de pharmacies de la ville, cela s'explique par la nullité absolue du contrôle, mais que les malades des hôpitaux en soient les victimes, cela est inadmissible. Les médicaments doivent être soumis à un essai non-seulement à la pharmacie centrale, mais dans chaque hôpital. Or, ce sont les médecins qui ont donné l'éveil.

Comment se fait-il que la fraude ait échappé à un homme dont chacun se plaît à reconnaître le zèle, le savoir et l'honorabilité? Nous serons très heureux de fournir à nos lecteurs toutes les explications. Nous les attendons avec impatience.

Nous pouvons renseigner notre confrère sur la composition exacte du *soi-disant sulfate de quinine* en question : Ce *soi-disant sulfate de quinine* était livré en boîtes, mais le centre des boîtes était uniquement composé de sulfate de cinchonine, le sulfate de quinine était relégué en couche mince sur les parties latérales supérieure et inférieure de la masse de cinchonine : c'était, on le voit, un véritable enrobement pharmaceutique.

Dr J. G.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DU VEXIN

I. — Entre les médecins soussignés et tous ceux qui, par la suite, adhéreront, sous la forme ci-après, aux statuts qui vont suivre, il est formé, par ces présentes, une Société civile.

II. — Cette Société prend le nom de *Syndicat médical du Vexin*. Son siége est à Gisors.

Sa durée est illimitée, non plus que le nombre des Membres adhérents.

III. — Elle a pour objet l'étude de la solution de toutes les questions professionnelles en général, et en particulier, de toutes celles qui peuvent se présenter dans la circonscription.

IV. Elle a pour but *l'union et la solidarité* à établir entre ses Membres, la recherche de tout ce qui pourra élever la considération de la profession médicale, et par conséquent, son bien-être.

V. Les associés se réunissent au moins deux fois par an, et les convocations ont lieu quinze jours à l'avance, au nom du Président et par les soins du Secrétaire. Les lettres de convocation énoncent *l'ordre du jour*, sans préjudice des questions qui pourront être soulevées à la séance.

Les Statuts ne pourront être mis en question qu'après une demande signée de la moitié, plus un, des Membres du Syndicat.

VI. — La présence aux réunions est *obligatoire*; toute absence, non fortement motivée, donnera lieu à une amende de dix francs, sauf avis du Bureau.

VII. — Le Syndicat est administré par le Bureau, composé d'un Président, de deux Syndics et d'un Secrétaire-Trésorier.

VIII. — Un compte-rendu des séances est dressé tous les ans par le Secrétaire, contrôlé par le Bureau, et adressé à tous les Membres du Syndicat.

IX. Les frais que pourra nécessiter l'exécution de ce règlement sont prélevés sur le fonds social de la Société, lequel se compose de cotisations, indemnités, dons et legs et autres fonds et revenus de quelque source que ce soit. — La cotisation annuelle est fixée à dix francs.

X. — En cas de dissolution de la Société, l'avoir sera versé à la caisse de l'Association générale des médecins de France.

XI. Tout membre qui cesse de faire partie du Syndicat n'a droit à aucun remboursement.

XII. — Les médecins de la circonscription sont individuellement invités à se réunir en Syndicat et à accepter les présents Statuts comme bases de leur association syndicale.

Tout médecin qui viendra s'établir dans la région sera invité par le Président à adhérer aux présents Statuts.

Une copie imprimée de la liste des Membres du Syndicat est placée d'une manière apparente dans le cabinet de consultations de chaque Membre.

Liste des Membres actuellement adhérents

M. Dufay, Gisors (*Président*). — M. Gauthier, Magny-en-Vexin (*Vice-Président*). — M. Jagu, Gisors. (*Secrétaire-Trésorier*). — M. Avenel, Gisors. — M. Bariod, Etrépagny. — M. Benard, La Roche-Guyon. — M. Bongrand, Tourny. — M. Cesbrun, Marines. — M. Clement. Sérifontaine. — M. Cluzeau, Gisors. — M. Derevoge, Bray-Lû. — M. Langlois, Ecouis. — M. Metton, Andelys. — M. Pasquet, Magny-en-Vexin. — M. Perier, Saint-Clair-sur-Epte. — M. Toutain, Andelys. — M. Vioo, Etrépagny. — M. Viennot, Marines.

NOUVELLES.

M. le Dr E. Martel, *Chirurgien en Chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo*, membre du *Concours Médical*, *ancien Interne des Hôpitaux de Paris*, a été élu membre correspondant national de la Société de chirurgie de Paris le 3 janvier 1883.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Gardelle, de Montauban (Tarn-et-Garonne), membre fondateur du *Concours Médical*.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris. typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
27 Janvier 1883 **Organe des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 4

SOMMAIRE

BULLETIN

Les bureaux de la Chambre ont nommé le 19 janvier une commission pour examiner le projet de loi sur les syndicats professionnels, projet voté par l'ancienne Chambre et modifié par le Sénat.

Ont été élus: MM. Floquet, président ; Couturier, Nadaud, Marcou, Lockroy, Albert Ferry, Lagrange, Letellier, Giroud, de Sonnier et Reyneau.

La presque unanimité des membres est résolue à reprendre le texte de l'ancien projet et à repousser les modifications introduites par le Sénat. Celles-ci, on s'en souvient, consistent dans la remise en vigueur de l'article 416 du Code pénal et dans l'interdiction aux syndicats de s'unir entre eux pour la défense de leurs intérêts communs.

Nous renvoyons à un prochain Bulletin le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie, afin de pouvoir faire connaître à nos lecteurs le très intéressant travail que M. Lannelongue vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire* sur la maladie de M. Gambetta. La longue étendue de ce document nous oblige à n'en donner que des extraits, et à ajourner le procès-verbal détaillé de l'autopsie.

Nous laissons d'abord de côté tout ce qui a trait à la blessure de M. Gambetta; il est surabondamment démontré que le grand orateur s'était blessé lui-même par imprudence le 7 novembre, et que la plaie, ainsi produite, était en bonne voie de cicatrisation le 9 décembre, bien que le projectile eût coupé l'arcade palmaire superficielle, légèrement atteint l'artère cubitale et incomplètement coupé le nerf cubital.

C'est seulement à partir du 8 décembre que M. Gambetta se plaint d'avoir le ventre distendu par des gaz. Le 9, on constate du dégoût pour les aliments. « Le 10, le malade nous apprend que la veille au soir, en faisant des efforts pour aller à la garde-robe, il a ressenti subitement une vive douleur dans le flanc droit, dont il précise mal le siège. Cette douleur a déterminé de l'insomnie, et le dimanche il s'en plaint encore, quoiqu'elle soit beaucoup moins accentuée. L'état saburral est plus prononcé, l'inappétence est complète.

« M. le professeur Charcot, qui l'a vu dans la journée, lui a conseillé un lavement purgatif. L'examen du ventre ne révèle rien d'anormal; il n'y a nulle part d'empâtement, le siège de la douleur est très vague, et M. Gambetta se plaint à peine quand on presse fortement dans le flanc ou dans la région lombaire. On réveille pourtant de la sensibilité sur la paroi latérale et inférieure du thorax du côté droit; il est proposé d'appliquer sur ce point un sinapisme; mais, comme on a déjà pratiqué un large badigeonnage de laudanum, M. Gambetta ne paraît pas disposé à accepter le sinapisme, et il ajoute qu'il ne souffre pour ainsi dire plus. »

Le 11, même état; purgation efficace; on permet au malade de se mettre dans un fauteuil, et de fumer un cigare. Le 12, M. Gambetta a déjeuné de très bon appétit. Le 13, le ventre paraît libre. Le 14, le malade circule dans la maison. Le 15, malaise abdominal, éructations fréquentes. M. Gambetta se promène pendant vingt minutes dans son jardin. T. = 36,6. Le 16, malgré des douleurs abdominales assez vives, il fait avec le plus grand plaisir une promenade en voiture; il déclare en éprouver un réel bien-être; mais, peu de temps après, les malaises reparaissent et, à huit heures du soir, on trouve une température de 39°,6, avec un pouls à 88. A dix heures, à l'arrivée de M. Lannelongue, mandé en toute hâte, «M. Gambetta ressent une grande chaleur; il est en pleine transpiration. L'examen de la poitrine ne révèle rien; tous les phénomènes sont concentrés dans le ventre, qui est tendu et un peu douloureux à la pression du côté droit; on n'y trouve pas pourtant d'empâtement.

« Le 17, M. Siredey, après avoir procédé à un examen complet du malade, rejette l'hypothèse de toute complication thoracique. Ayant constaté un empâtement douloureux et très circoncrit dans la fosse iliaque droite, il me transmet une note, dans laquelle je lis cette phrase : « Je crois que la typhlite est ce qu'il y a de plus probable. » A ce moment, la température est encore élevée, et M. Gambetta ressent les mêmes symptômes de tension abdominale et d'éructation. Le régime prescrit comprend exclusivement des boissons : limonade tartrique, grogs et bouillons.

« Le lundi 18 décembre, M. Siredey voit le malade à huit heures du matin ; il apprécie de la même manière l'état local, persiste dans le même sentiment à l'égard de ce qu'il a trouvé la veille, et conseille le même régime. Je le vois à mon tour à deux heures, et je procède d'abord à un examen du membre blessé ; il n'est le siège d'aucune complication. Sa forme, son volume, ses apparences, sont les mêmes que celles du membre sain, et il ne conserve plus que les macules cicatricielles de la blessure. J'écarte définitivement la pensée d'une résorption purulente, qui ne se trouvait être justifiée ni par l'état local actuel du membre, ni par la marche absolument apyrétique de la blessure, ni par les conditions antérieures qui ont été celles d'une réparation tout à fait heureuse, sans production de pus. Toute l'attention doit se concentrer désormais sur les accidents qui ont pour point de départ la cavité abdominale, et rendez-vous est pris avec M. Siredey pour que nous ayons le lendemain une conversation à ce sujet. Aujourd'hui, d'ailleurs, la tuméfaction persiste malgré la purgation de la veille, qui a produit trois évacuations abondantes. M. Gambetta est fatigué et cherche à reposer.

« A six heures moins un quart, il se produit pour la première fois un frisson assez intense de vingt-cinq minutes de durée, suivi d'une forte impression de chaleur et de quelques efforts de vomissements. M. Lannelongue est appelé dans la soirée, et trouve une température de 39°,9. A dix heures du soir, abondante transpiration. Il est ordonné 50 centigrammes de quinine après l'accès, et une dose pareille pour le lendemain matin à la première heure. »

T. mat. 38°,4 ; soir. 39,9.

« Le mardi 19, nous nous réunissons avec M. Siredey pour visiter le malade à huit heures du matin. Il a eu dans la nuit un nouveau frisson très intense d'une demi-heure de durée, suivi d'une forte chaleur, d'une évacuation d'urine abondante et aussi d'une transpiration considérable. On lui a fait prendre 50 centigrammes de quinine immédiatement après ce second accès ; puis il a dormi jusqu'à notre arrivée, et nous le trouvons calme et reposé. La température est basse, 36°,5, le pouls est à 76, la langue est très humide. L'examen attentif de la cavité abdominale donne les résultats suivants : le ventre est souple et d'un aspect uniforme, l'exploration de la fosse iliaque droite est facile et fort peu douloureuse superficiellement ; on constate dans sa partie la plus élevée, à deux travers de doigt environ au-dessus de l'épine iliaque supérieure, un empâtement très profond et douloureux à la pression, de forme allongée et cylindrique, ressemblant à un boudin. Cet empâtement suit le trajet du colon ascendant et cesse d'être senti au delà d'une longueur de quatre à cinq centimètres environ. La percussion en révèle aussi l'existence ; il y a là une submatité circonscrite, séparée de la matité du foie par une zone transversale sonore d'un pouce environ ; l'inspection de ce dernier organe permet de le considérer comme sain et plutôt d'un petit volume. En explorant la région lombaire, on ne découvre rien d'anormal ; une pression forte au niveau du rein ne réveille pas de sensibilité. Les mouvements du membre inférieur de ce côté sont tout à fait libres. Les urines examinées avec soin révèlent l'existence d'une assez forte proportion d'albumine, elles sont très épaisses, de couleur betterave et jumenteuses.

« Nous eûmes avec M. Siredey un long entretien qui nous amena à conclure à l'existence d'une pérityphlite que paraissait rendre indéniable la constatation d'un engorgement péricæcal.

« Régime lacté, boissons fraîches, limonade et eau minérale ; 1 gramme de sulfate de quinine dans la journée.

« A trois heures, petit frisson ou plutôt sensation de froid légère et de courte durée ; chaleur et sueur consécutives. Visite de M. Lannelongue à six heures du soir. Le ventre est dans le même état et le malade n'y ressent aucun élancement, aucune douleur spontanée ; les mouvemements du membre inférieur du côté droit sont absolument libres. Entre sept et huit heures, il se produit plusieurs petites impressions de froid ; le malade a une expectoration assez abondante et quelques nausées. A partir de dix heures, sensation de bien-être très marquée et sommeil à la suite. »

T. mat. 36°,5. — A six heures soir, 39°,9 ; à dix heures. 38°,1.

Mercredi 20. « Huit heures du matin. — Visite de MM. Siredey et Lannelongue. La nuit a été excellente, le sommeil prolongé. M. Gambetta se trouve très bien, il ne souffre plus du ventre ; l'examen que nous en faisons ne révèle que de la sensibilité à une pression assez forte toujours dans le même point ; l'état local a la même apparence que la veille. La quantité des urines rendues est normale, elle était moindre hier ; elles sont beaucoup plus limpides et toujours albumineuses.

« Régime lacté, quelques bouillons, eau rougie, un gramme de sulfate de quinine dans la journée.

« A deux heures de l'après-midi, frisson assez intense, longue période de chaleur suivie de sommeil, transpiration moins abondante. Pendant le frisson, vomissement du grog ingéré. Dans la soirée, le malade se trouve bien, il ne se plaint aucunement, il a eu d'assez longs moments de sommeil et quelques bourdonnements d'oreille provoqués par la quinine.

« En dehors de nos conversations du matin et du soir, nous eûmes souvent à Paris de longs entretiens avec M. Siredey sur la situation de M. Gambetta. Elle nous occupa une partie de la soirée de ce jour. Le fait de l'existence d'une pérityphlite ressortit de notre discussion comme la donnée la plus certaine ; mais le mode d'invasion, l'intensité des frissons et des accès fébriles auxquels succédait une chute de la température jusqu'au degré normal et une rémission complète, le bien-être du malade dans les intervalles apyrétiques ne nous parurent pas suffisamment en harmonie avec l'idée d'une inflammation franche, légitime, d'un type régulier. Pour la première fois, nous parlâmes d'une perforation extra-péritonéale de l'intestin comme cause première des accidents. L'hypothèse d'une ulcération, d'une fissure qu'un corps étranger venu de l'intestin aurait déterminée dans ses parois fut nettement posée, et nous dessinâmes sur le papier les adhérences qui devaient exister et dont nous supposions en tous cas la possibilité. » T. mat. 36°, 2. Soir, 3 heures, 39°, 7, 8 heures, 37°, 5.

Le 21, T. mat. 36°. 4 ; soir, 39°, 9.

Le 22, T. mat. 39°, 5, à quatre heures ; à huit heures, 36°, 8 ; soir, 37°.

« Le malade se trouve très bien et nous parle de l'excellente nuit qu'il a passée. Notre examen nous fait reconnaître un ballonnement du ventre plus marqué que les jours précédents. La pression est plus douloureuse que la veille, et nous observons que l'empâ-

tement descend encore vers l'épine iliaque supérieure, tout en restant profond et séparé de la paroi abdominale par une zone sonore; cet empâtement est dur et la peau du ventre n'offre ni œdème ni rougeur apparente. »

Prescriptions. Lavement purgatif — Eau purgative. — Sulfate de quinine 0,60. — Cataplasmes et onctions d'onguent mercuriel belladoné. Lait, eau minérale. — Petite évacuation.

Le même jour, M. Gambetta refuse, dans les termes les plus amicaux, une consultation que lui offre M. Siredey.

Samedi, 23.

T. mat. 36°, 2 ; soir 38°.

« Il exprime le désir de voir M. le professeur Charcot; la réunion a lieu à huit heures du matin. La fin du jour précédent et la nuit ont été très bonnes. M. Gambetta a longuement dormi. M. Charcot trouve un état général dans de bonnes conditions, la physionomie favorable, la langue humide. Le ventre étant moins distendu par les gaz, l'exploration de la fosse iliaque est facile, et M. Charcot reconnaît que la partie inférieure et interne est libre; il n'en est pas de même en dehors et en haut, où existe un empâtement qui occupe le cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant; c'est la portion postérieure de ces organes qui semble atteinte, ainsi que le tissu graisseux sur lequel ils reposent. Actuellement, selon M. Charcot, l'affection serait une pérityphlite primitive se propageant sur le côlon, et il prononce le nom de péricolite concomitante. Il n'y a aucun indice de suppuration, ni œdème, ni fluctuation, ni douleurs spontanées. L'opinion du professeur Charcot confirme et précise le diagnostic posé par les médecins ordinaires.

« En face de l'engorgement profond, on décide l'application d'un large vésicatoire qui ne devra produire que de la rubéfaction de la peau et ne sera laissé en place que trois heures. On prescrit 25 centigrammes de calomel en trois paquets. Lait, eau rougie, grogs, bouillon et même potage si l'amélioration persiste.

« La journée du samedi a été bonne et le malade a dormi à plusieurs reprises; dans la soirée le calomel n'ayant pas agi, on donne un lavement qui est efficace. »

Le 24 et le 25 : Assez bonnes journées, la température varie de 36°,8 à 38°,6. Lavement purgatif, œuf frais, lait et bouillon. Il n'y a pas eu de frisson depuis le 22.

Le 26, T. 38°, P. 76, — 38° 2 P. 80.

« M. Gambetta a eu un sommeil ininterrompu de dix heures à huit heures du matin; il a pris entre huit et dix heures vingt-cinq centigrammes de calomel en trois doses ; à midi on lui donne un œuf frais et un demi-verre de vin. Plus tard, sommeil d'une à deux heures ; à son réveil, léger frisson suivi de chaleur à la tête ; à trois heures, il prend cinquante centigrammes de sulfate de quinine. M. Lannelongue le visite à quatre heures et procède à un examen approfondi.

« Le ventre présente un tympanisme prononcé qui gêne le malade depuis quelques moments : sur la place occupée par le vésicatoire existe une inflammation de la peau assez prononcée avec rougeur et œdème, (c'est la première fois qu'on constate ce phénomène nouveau, mais il perd de sa valeur clinique, car il n'existe qu'à la place même du vésicatoire).

« L'empâtement profond se présente dans les mêmes conditions que la veille ; il se prolonge un peu en dehors de la paroi latérale de l'abdomen ; la fluctuation y est recherchée avec soin dans tous les sens, elle n'y est pas rencontrée. Par la percussion, on trouve de la sonorité partout, même dans les points de la paroi qui font suite à l'induration profonde; mais la sonorité y est moins éclatante. L'empâtement est plus sensible qu'hier, et non seulement on réveille par la pression une douleur profonde, mais il existe une sensibilité de la peau très évidente au niveau de la cutite; les ganglions inguinaux sont douloureux. La pression au niveau du rein ne réveille pas de douleur ; M. Gambetta a souffert spontanément dans le côté, il est un peu affaissé. Un lavement pris le soir amène une évacuation. »

Le 27, T. mat. 38°, P. 80; soir, 39°, P. 100.

« La nuit a été un peu agitée et le sommeil très interrompu. Le malade accuse quelques douleurs superficielles dans le côté, dans la racine du membre et jusque dans la jambe; il tient plus volontiers le membre inférieur droit fléchi sur le bassin et dans la rotation en dedans. Quand on lui demande d'étendre ce membre, il le fait sans douleur, mais il le ramène dans la flexion; il y a incontestablement un certain degré d'irritation du psoas. Même état local qu'hier, pas de fluctuation, subsonorité sur la paroi latérale correspondante à l'engorgement. La surface du vésicatoire est rosée et œdémateuse, on voit quelques traînées qui vont vers le pli de l'aine. Le malade a pris du chocolat au lait à son déjeuner, du lait et deux grogs dans la journée. Le soir, évacuation après un lavement purgatif. »

Le jeudi 28, consultation de MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey, Gilles, Fieuzal et Lannelongue. T. mat. 38°. — P. 80. Soir, 38°, 8. P. 100.

« Matin. — Le malade a passé une bonne nuit et il se sent reposé : il prend deux verres d'eau purgative à huit heures qui amènent dans la journée une évacuation abondante de matières liquides et de gaz. Le régime alimentaire s'est composé de lait, de vin et de grogs. A cinq heures du soir a lieu la consultation. Les médecins réunis, après avoir discuté toutes les hypothèses que pouvait suggérer l'état du *malade*, *furent* unanimement d'accord sur les conclusions suivantes :

« L'existence de la pérityphlite est incontestable; toute autre hypothèse doit être écartée, les probabilités en faveur d'une suppuration autour du gros intestin, dans le tissu cellulo-graisseux sur lequel il repose, sont très grandes. Les résultats fournis par la recherche attentive de la fluctuation étaient absolument négatifs, il n'existe en aucun point de collection purulente Peut-être y a-t-il une infiltration de pus? La sonorité intestinale déborde de toutes parts, même en arrière, l'empâtement profond.

« Ces conditions réunies interdisent une intervention chirurgicale qui serait pleine de périls sans donner aucun espoir fondé d'un résultat favorable. »

Le 29, T. mat. 36°, 8. P. 100. T. soir. 38°, 7. P, 108.

« L'expression faciale est calme, mais la langue est sèche pour la première fois, la peau est fraîche, le ballonnement du ventre est toujours prononcé et le malade a eu deux évacuations dans la journée. L'examen local montre un érysipèle fort étendu, couvrant la partie latérale droite de l'abdomen et le tronc du même côté depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la racine de la cuisse, qui est aussi envahie en arrière; un bord abrupt et un liseré rouge limitent le gonflement de la peau. Sous cet érysipèle, on ne distingue pas de partie plus saillante, et une recherche attentive et modérée de la fluctuation est absolument négative. Les ganglions de l'aine sont douloureux. Toute la région est déjà depuis quelques jours fortement saupoudrée d'amidon et recouverte d'une forte épaisseur d'ouate. On donne au malade, plus affaissé ce jour-là, une potion avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina et il prendra plus fréquemment des grogs et des vins généreux. »

Samedi 30, T. mat. 37°, 7. P. 108. Soir, 38°, 6, P. 110.

« La nuit a été mauvaise et le sommeil interrompu sans qu'il y ait eu cependant du délire. La bouche est amère et la langue sèche, la peau moite; le malade a pris sa potion au quinquina, mais il a vomi la dernière cuillerée; la rougeur de l'érysipèle est moindre et le gonflement de la peau peu accusé, le ventre est aussi plus souple. M. Gambetta ne paraît pas inquiet, il semble moins absorbé qu'hier et nous parle de l'insomnie de la nuit; la parole est facile, mais la voix est moins forte, et le nombre des respirations s'élève à trente-quatre par minute. Thé au lait, lait additionné de kirsch, grogs.

« Quatre heures du soir. — Consultation de MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey et Lannelongue, M. Paul Bert était présent. Pendant la journée, M. Gambetta s'est montré indifférent à toutes choses, il a eu quelques moments de sommeil; il n'a ressenti aucune douleur, il est toujours gêné par les gaz et a eu un vomissement.

« Les médecins qui ont pris part à la consultation donnent successivement leur avis. D'un commun accord, ils reconnaissent que la situation s'est considérablement aggravée et qu'aucune opération n'est indiquée, ni possible. Ils considèrent que les seules indications à remplir sont relatives à l'état fébrile et à la nécessité de soutenir les forces du malade.

« Dimanche 31, T. mat. 37, P. 120. R. 40.

« Huit heures. — Visite de M. Siderey. Nuit calme et dans l'affaissement jusqu'à cinq heures du matin. A ce moment, M. Gambetta est pris d'un délire léger, qui reparaît à plusieurs reprises jusqu'à sept heures et demie; un peu plus tard, il a le hoquet pendant quelques instants. La faiblesse est grande; il n'éprouve d'ailleurs aucune souffrance. On lui donne du café, il le rejette; on recommande l'usage du vin de Champagne et l'emploi plus continu de l'eau-de-vie et du rhum.

« Une heure. — Visite de M. Lannelongue. La physionomie du malade est calme, mais le visage présente une teinte légèrement violacée apparente sur les joues, le nez et les oreilles; la cavité buccale est extrêmement sèche et, quand on adresse la parole au malade, il répond avec difficulté tant qu'il n'a pas humecté sa bouche; du reste, M. Gambetta possède toute sa lucidité et, jusqu'à quatre heures, il ne se plaint d'aucune souffrance. Vers deux heures, les parties qui sont hors du lit, les mains surtout, deviennent fraiches. Les pouls oscille entre 120 et 140 et par temps il a quelques irrégularités; le nombre des respirations est de 38 à 40. L'état du ventre est toujours le même, l'érysipèle semble éteint.

« Le vin de Champagne est mal toléré; il est recommandé de ne plus employer que le thé fortement additionné de rhum., les grogs à l'eau-de-vie, et de réchauffer le malade avec des boules d'eau chaude.

« Dix heures du soir. — M. Lannelongue. Les symptômes alarmants se sont multipliés et s'aggravent, le malade a cependant encore sa connaissance et il répond un dernier mot à onze heures moins un quart. Le dénouement est imminent et la mort arrive sans secousse quelques minutes avant minuit. »

TRAVAUX ORIGINAUX

DES RAPPORTS DE L'HYGIÈNE AVEC LES ÉPIDÉMIES.

Par le Docteur MASSALOUP, médecin principal d'armée.

AVANT-PROPOS (1).

Il est un fait incontestable et qui fait le plus grand tort à la médecine, non seulement aux yeux des gens du monde, qu'il met en défiance contre l'art sublime de guérir, mais aussi dans l'esprit de certains docteurs peu philosophes, qu'il entraîne à un scepticisme irréfléchi. Ce fait d'observation journalière, le voici dans toute sa simplicité.

Prenez une personne atteinte d'une maladie grave, d'une fièvre typhoïde par exemple, à cette période incertaine du début, où la fièvre typhoïde ressemble à tant d'autres affections fébriles, ou bien, un peu plus tard, à ce moment critique où surviennent des complications du côté des centres nerveux, du côté des voies respiratoires. Au lit de ce malade appelez un, deux, trois, plusieurs praticiens également savants, expérimentés et consciencieux; il vous sera bien difficile, pour ne pas dire impossible, parmi ces hommes d'une capacité indéniable, d'en trouver deux, qui prescrivent les mêmes médicaments, à doses égales, selon les mêmes formules; d'obtenir, en un mot, deux ordonnances pareilles, deux consultations identiques.

Et n'allez pas mettre en avant les grands mots d'opposition dogmatique, de rivalité scientifique, accuser la diversité des doctrines et des écoles, surtout n'insinuez pas la pensée plus basse d'une concurrence professionnelle, n'invoquez pas les nécessités de la clientèle. Il s'agit bien en vérité de tout cela! La preuve c'est que nous allons vous introduire dans les ambulances de la marine et de l'armée de terre, dans les grands établissements hospitaliers de la capitale et que vous y reverrez les mêmes faits se reproduire.

Qu'un illustre praticien de nos hôpitaux et hospices civils de Paris, ou qu'un médecin principal d'armée vienne à quitter son service habituel au bout de quelques jours, si vous jetez les yeux sur le cahier de visite, qui est le recueil obligatoire des prescriptions quotidiennes du médecin traitant, vous vous apercevrez que les formules pharmaceutiques ne sont plus les mêmes. Et si vous parcourez un de ces cahiers dans le cours du trimestre suivant, vous serez vite convaincu qu'il ne ressemble plus du tout à ceux des mois qui ont précédé le départ du premier chef de ser-

(1) Extrait d'un ouvrage en préparation.

vice. Les mêmes maladies, bien que signalées toujours sous la même rubrique, à la colonne du diagnostic ne sont plus traitées de la même manière par le nouveau praticien.

Quelle est la cause de cette divergence si manifeste dans l'emploi des divers agents thérapeutiques? Nous allons la chercher ensemble, et, en même temps, essayer de démontrer que cette divergence, toute incontestable qu'elle puisse sembler, n'est qu'apparente en réalité.

Un philosophe bien profond dans sa simplicité, d'autant plus profond qu'il affecte moins de pédantisme, le fabuliste Lafontaine, nous raconte une leçon faite par un père à ses enfants à propos de certains dards liés ensemble, dont aucun des jeunes gens, malgré les plus vifs efforts, ne parvenait à rompre le faisceau. Il suffit au vieillard de les séparer, et il put, dans sa faiblesse, venir aisément à bout du faisceau ainsi disloqué. Il est bien évident que dans tous les cas analogues, si l'on peut, même sans chercher à rompre le nœud qui enserre les dards, en retirer un, quel qu'il soit, hors du lien commun, il y aura, par le fait seul de cette disjonction, une rupture complète du faisceau tout entier.

Cet exemple bien simple va nous servir à notre démonstration. Comme nous le fait voir l'analyse la plus rudimentaire, comme l'a répété avec tant d'éloquence et de vérité notre savant maître, le professeur Forget, il n'y a pas une seule maladie qui soit tout d'une pièce, c'est-à-dire une et simple dans ses symptômes et dans son allure. Chaque entité morbide est complexe; elle est un composé d'éléments divers dont l'observation clinique nous révèle la coexistence et la manifestation simultanée.

Voilà donc un fait acquis, indiscutable. Toute affection morbide, quelle qu'elle soit, est comme un faisceau de symptômes variés dont la cohésion même fait toute la gravité. Eh! bien, au lit du malade, que doit faire le bon médecin pénétré de cette vérité clinique? Il doit chercher — souvent sans s'en rendre bien compte — mais il doit chercher forcément, s'il a du tact médical, à reconnaître un des éléments de cette maladie qu'il a devant lui, à l'étudier et à l'isoler pour le mieux combattre. S'il triomphe complètement de cet élément pris à part, s'il peut retirer un dard du faisceau tout entier, il est bien près d'avoir obtenu le résultat qu'il ambitionne.

Ici vient se placer tout naturellement le vieil adage : *tot capita, tot sensus*, autant de têtes, autant d'opinions. Il est bien évident, en effet, que deux, trois, plusieurs praticiens également recommandables, non-seulement pourront ne pas se rencontrer dès l'abord dans la recherche de l'élément morbide à isoler, mais que, plus probablement, au contraire, ils s'efforceront, chacun de leur côté, de détacher du groupe d'ensemble un élément particulier tout différent, suivant que, par la nature de leur esprit, ils auront porté leur attention dans tel sens ou dans tel autre.

Les accusera-t-on d'incapacité? les taxera-t-on d'ignorance? C'est absolument comme si l'on accusait d'incompétence ou de mauvais goût un ou plusieurs artistes distingués parce que, dans un salon où sont exposées des œuvres de maître, ils viendraient à vanter telle ou telle qualité d'un tableau ou d'une statue, alors qu'à côté d'eux d'autres peintres ou sculpteurs d'une valeur égale, feraient porter leurs éloges sur des qualités différentes des mêmes chefs-d'œuvre.

De même que, dans une excursion de savants botanistes, chacun d'eux apercevra du premier coup d'œil et recueillera pour son herbier une plante ou une fleur qui ne sera pas la fleur ou la plante remarquée et récoltée par son compagnon, de même, alors qu'il est tout naturel qu'un médecin, analyste par instinct, cherche à isoler un élément particulier parmi tous ceux dont l'ensemble constitue le mal à vaincre, il serait fort étonnant, au contraire, que le confrère appelé avec lui en consultation tombât spontanément tout d'abord sur le même élément à isoler et cherchât à le combattre par les mêmes moyens. Ils seront tous les deux dans leur rôle ; ils seront tous les deux dans le vrai si, se trouvant placés chacun à un point de vue différent, ils prennent, pour arriver au même but, deux routes dissemblables forcément, mais bonnes quand même, puisqu'elles arrivent toutes deux à un terme identique bien qu'elles aient différé par leur point de départ. Quel navigateur pourra se flatter jamais de suivre exactement le sillage du vaisseau qui l'a précédé dans sa marche à travers les Océans!

Si l'on a pu dire avec raison que l'homme absurde est le seul qui ne change jamais, on peut affirmer avec non moins de vérité, selon nous, que ceux-là mériteraient précisément parmi les médecins le nom d'*ignorants et de fourbes, qui auraient* pour chaque maladie un remède, toujours le même, une de ces panacées spécifiques comme il s'en débite tant aujourd'hui, qui font du pharmacien un simple marchand et, qui tendent aussi à amoindrir la science et l'art médical.

Nous croyons avoir démontré suffisamment ce que nous avions à démontrer, et défendu avec quelque raison les praticiens, nos confrères, contre le reproche qui leur est adressé, de ne pas se mettre d'accord sur le traitement à suivre dans une même maladie. Qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots à ce sujet, pour résumer nettement la question avant de conclure.

Etant donné que chaque maladie est comme un faisceau compacte qu'on ne peut rompre qu'en séparant les divers traits qui le composent; étant donné que, quel que soit le trait particulier qu'on parviendra à isoler et à détacher des autres, le faisceau tout entier sera rompu par ce seul fait, étant donné enfin que les esprits les plus distingués peuvent faire sur des choses identiques des remarques toutes différentes, quoique aussi justes les unes que les autres, ne voyez-vous pas la conclusion qui se dégage tout naturellement de ces prémisses ainsi posées ? Certainement la voici :

Si deux praticiens font deux prescriptions différentes pour une même maladie, c'est qu'ils ont chacun en vue deux symptômes, deux éléments différents de la même entité morbide, et, en cherchant, chacun à sa manière, et par des moyens

forcément divers, à isoler du faisceau qu'il faut rompre un des traits qui le composent, ils agissent tous les deux en hommes logiques et en praticiens expérimentés.

Pour ceux de nos lecteurs qui s'attendaient à lire un livre d'hygiène et d'épidémiologie, et qui n'ont jusqu'à ce moment entendu parler que de thérapeutique, nous devons ajouter que, dès nos premières lignes, nous sommes au cœur même de notre sujet et qu'on peut appliquer tout ce que nous venons de dire aux questions que, par notre titre, nous nous sommes proposé d'étudier et de résoudre. Si nous avons invoqué la doctrine des éléments de notre vénéré maître Forget, de Strasbourg, si nous avons insisté, peut-être un peu longuement, sur cette comparaison de la maladie et du faisceau, c'est parce que cette doctrine, cette comparaison nous seront indispensables pour exposer clairement la manière dont nous comprenons les rapports de l'hygiène avec les maladie épidémiques.

Qu'arrive-t-il en effet lorsqu'une épidémie vient à éclater dans une caserne, dans un lycée, dans un pensionnat de jeunes filles ?

L'autorité supérieure ordonne enquête sur enquête, demande rapports sur rapports. Et il en est de ces rapporteurs, de ces enquêteurs absolument comme des médecins consultants dont nous parlions tout à l'heure.

S'il s'agit cette fois encore de la fièvre typhoïde, vous voyez l'un s'en prendre à l'air confiné, au méphitisme du rassemblement, l'autre signaler la vétusté, la malpropreté des locaux ; celui-ci accuser le voisinage d'une conduite d'eau, d'un canal, d'un égoût, celui-là l'excès du travail intellectuel ou de la fatigue physique, suivant qu'il est question d'un polytechnicien ou d'un jeune conscrit, tel autre, enfin, énumérer les causes les plus diverses, depuis la nostalgie jusqu'à la mauvaise alimentation.

Du reste, pour achever de vous édifier à ce sujet, vous n'avez qu'à ouvrir le premier traité venu des maladies épidémiques, à la page où sont passées en revue les causes de l'affection, à l'article étiologie, pour parler doctoralement, et vous verrez, dans un grand nombre de cas, une nomenclature plus ou moins longue des causes les plus variées.

L'épidémie est *une résultante*, ont dit Michel Lévy et après lui, Lacassagne, dans leurs livres d'hygiène. Léon Colin le répète en terme identiques dans son excellent traité des maladies épidémiques. Qu'est-ce donc qu'une résultante ? c'est un assemblage de facteurs; c'est, dans la langue des sciences mathématiques, ce qu'est précisément notre faisceau en simple littérature.

Et cette nature éminemment complexe de la maladie épidémique, au moins en ce qui concerne les causes qui l'ont fait naître, est un fait si bien admis par tous les hygiénistes, si bien acquis à la science, qu'à l'épidémie la plus simple tout le monde s'accorde à reconnaitre — en dehors des modificateurs externes qui sont réputés la produire — deux conditions indispensables de développement : un agent intermédiaire de transmission servant de véhicule au principe infectieux, au contage, et un organisme humain tout préparé à en subir l'influence.

Que l'hygiène arme à l'avance l'individu et la société contre le fléau qui les menace, qu'il empêche ce fléau de les approcher en lui opposant une barrière suffisante, elle aura déjà beaucoup fait pour l'humanité, alors même qu'une étude approfondie de l'étiologie ne lui aurait pas révélé les moyens d'empêcher le développement du mal en détruisant la combinaison même des causes productrices de ce mal.

Cela dit, voilà tout exposé, ce nous semble, le but de notre travail, c'est-à-dire le rôle qu'en face de l'épidémie nous prétendons faire jouer à l'hygiène. Etant donnée, en effet, une maladie épidémique avec son faisceau redoutable de causes morbifiques, c'est à l'hygiène seule que nous allons demander de briser l'union compacte de ces éléments meurtriers. Et son intervention nous sera doublement utile. D'une part, appuyée sur la doctrine des éléments et ayant pour guide la méthode analytique, l'hygiène passera en revue et examinera l'un après l'autre tous ces modificateurs dont l'étude forme son domaine, modificateurs dont l'action combinée engendre de toutes pièces le fléau épidémique. En ayant dévoilé la nature et observé le mécanisme, elle sera à même de fournir à la thérapeutique des moyens efficaces pour combattre les divers éléments morbides isolés les uns des autres, et vaincus à l'avance par le fait seul de leur révélation.

D'autre part, et c'est en cela surtout que l'hygiène est appelée à nous rendre les plus grands services, elle deviendra un agent de préservation, et, profitant de ses observations incessantes contrôlées par l'expérience, elle cherchera par des mesures prophylactiques préparées et édictées à l'avance, à prévenir le retour possible de ces calamités dont elle aura le secret.

Sans doute il est très bien que l'autorité supérieure remplisse son devoir dès que le mal commence à éclater, et signale son intervention tutélaire en faisant évacuer les établissements d'instruction envahis par une épidémie. Mais il serait bien préférable encore que le mal eût été prévenu et la masse des enfants sauvegardée. Il est un peu tard pour fermer le lycée et le couvent quand déjà quelques victimes ont succombé. Et puis les écoles n'ont pas été faites pour être fermées ! La jeune génération qui grandit d'heure en heure pour le relèvement de la patrie n'a pas le moindre temps à perdre quand il s'agit de son instruction.

Notre avant-propos touche à son terme et nous croyons avoir expliqué d'une façon nette et précise le but de notre travail qui est destiné à mettre en évidence le rôle dévolu à l'hygiène dans la lutte de la société contre les maladies épidémiques.

Avant d'entrer en matière, il nous reste un dernier devoir : il nous importe de bien déterminer à l'avance les questions que nous nous proposons d'étudier, pour qu'on ne puisse pas nous reprocher d'avoir négligé telle ou telle partie attenant à notre sujet; il nous faut ceindre de limites bien fixes et bien certaines le champ-clos de la discussion

pour qu'elle n'aille pas s'égarer là où nous ne pourrions la suivre.

Notre travail est intitulé : *des rapports de l'hygiène avec les épidémies*, le titre dit assez que nous n'entendons pas faire un traité d'hygiène, bien moins encore un traité d'épidémiologie. En fait d'hygiène, nous avons à nous occuper seulement du rôle qu'exercent sur la santé publique les divers modificateurs dont l'étude constitue le domaine propre de cette science. Et à côté du mal que nous signalerons, nous indiquerons les remèdes qui peuvent en neutraliser les funestes effets, qui peuvent même les prévenir.

Voici, pour en finir dans quel ordre nous allons aborder les diverses parties dont se compose notre travail.

Dans une première série de chapitres consacrés exclusivement à l'hygiène, nous dirons quelle est cette science, quels en sont le sujet et l'objet, le but et les moyens d'action ; nous dirons ce qu'il faut entendre par agents hygiéniques et comment on peut classer ces agents. Nous les étudierons par groupes l'un après l'autre, au point de vue de l'influence bonne ou mauvaise qu'ils peuvent exercer sur l'organisme humain et partant sur la société toute entière, qui n'est que la collection de tous les organismes individuels. C'est là que se présente tout naturellement la question la plus importante de toutes à nos yeux ; nous voulons parler de la recherche et de l'application des moyens pratiques les plus propres à diminuer, à combattre et à détruire, si elle est nuisible, l'influence des modificateurs hygiéniques, comme aussi à renforcer, à seconder, à maintenir cette influence si elle s'exerce d'une façon bienfaisante.

Dans une seconde partie, nous toucherons d'abord aux questions générales de l'epidémiologie. Nous dirons ce qu'est une épidémie et comment on peut essayer une classification des maladies épidémiques en les envisageant à un point de vue purement étiologique, c'est-à-dire à l'aide précisément des données scientifiques fournies par l'hygiène.

Après un examen rapide et précis des diverses épidémies, groupées d'après leur provenance, examen qui portera surtout sur l'origine présumée des maladies épidémiques et sur la complexité de leur nature, nous arriverons, dans nos derniers chapitres, à l'exposé même des rapports intimes de l'hygiène avec les épidémies et du rôle doublement utile qu'elle est appelée à jouer dans les dangers publics.

Supprimez la cause, a-t-on dit, vous détruirez l'effet ; *sublatâ causâ, tollitur effectus.* Nous verrons comment ce proverbe est mis en action par l'hygiéniste qui, pendant l'évolution d'une épidémie, vient éclairer et seconder si puissamment la thérapeutique par l'explication même des causes productrices du mal.

Nous verrons surtout, et ce sera la conclusion logique, la preuve incontestable de l'utilité de notre travail, nous verrons par le résumé des prescriptions sanitaires, des mesures prophylactiques destinées à prévenir le retour de certaines épidémies tout ce que peut trouver la science préservatrice pour défendre la société menacée, et pour sauvegarder la santé publique.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA KÉRATITE D'ORIGINE GRANULEUSE (1)

Le traitement doit répondre à deux indications : 1° faire disparaître la cause ; 2° combattre la kératite si celle-ci n'a pas disparu en même temps que les granulations.

Pour ce qui a trait au traitement de la conjonctivite granuleuse, je renvoie le lecteur au n° 28 du *Concours médical* (1882).

Afin d'éviter les redites, j'ai négligé à dessin, dans le même article auquel je fais allusion, de parler de certains moyens thérapeutiques que l'on oppose à la fois aux granulations et à la kératite secondaire qui en est la conséquence : je veux parler du cathétérisme des voies lacrymales, de l'élargissement de la fente palpébrale et de l'inoculation du pus blennorrhagique.

On rencontre, dans la pratique, des cas de kératite granuleuse qui font le désespoir du médecin. Les conditions hygiéniques sont excellentes, le traitement est suivi à la lettre et dans toute sa rigueur, et, malgré tout, le mieux se *fait attendre.* Examinez les voies lacrymales. Souvent l'inflammation a gagné successivement les canalicules, le sac lacrymal et le canal nasal ; il y a rétention des larmes et secrétion muco-purulente. Le cathétérisme suivi d'injections astringentes est absolument nécessaire si l'on veut marcher vers la guérison.

Dans d'autres cas, la pierre d'achoppement réside dans une étroitesse relative de la fente palpébrale, d'où résultent une pression et un frottement exagéré des paupières malades sur la cornée. Cet état de choses sera avantageusement modifié, ainsi que le *blépharospasme*, par la petite opération désignée sous le nom d'élargissement de la fente palpébrale, ou de *canthoplastie par bordage*. On divise à l'aide du bistouri, ou mieux des ciseaux droits, la commissure externe et les fibres de l'orbiculaire jusqu'au bord externe de l'orbite, de façon que la plaie cutanée ait deux millimètres de plus que la plaie conjonctivale. Trois points de suture, avec des fils d'argent, fixent la musqueuse aux lèvres saignantes de la plaie cutanée, de manière à la border et à empêcher la réunion secondaire.

(1) Extrait de : *Fragments d'ophthalmologie pratique*, in-8°, Paris, O. Berthier éditeur, 104, Boulevart Saint-Germain. Prix 2 fr. 50

M. *Abadie* a apporté une modification très heureuse à cette opération dans les cas très fréquents dans lesquels la conjonctive a diminué d'étendue, par suite de rétrécissement inflammatoire cicatriciel. Je ne puis mieux faire que de citer l'auteur : « Chez certains malades, la conjonctive est en partie atrophiée, elle a diminué d'étendue en raison des rétrécissements des culs-de-sac, de telle sorte que les lambeaux qu'on a à sa disposition pour recouvrir la plaie sont insuffisants.

Une fois fixés, ils sont soumis à des tiraillements tels que les fils de suture ne peuvent les maintenir en place, ils se rétractent du côté de la cornée, laissant à nu les lèvres de la plaie dont rien n'empêche plus la réunion; l'élargissement n'aura été alors que momentané. Pour obvier à cet inconvénient sérieux, j'ai imaginé *de libérer, par une incision conjonctivale concentrique à la cornée* toute la portion de conjonctive avoisinant l'angle externe. La muqueuse n'étant plus bridée à ce niveau, peut se déplacer et être amenée *par glissement* jusque sur les lèvres de la plaie, sans subir des tractions intempestives, et l'élargissement reste alors tel qu'il est au moment où l'on sectionne la commissure externe » (1). Lorsqu'il existe en même temps de l'entropion, on aura recours aux sutures de *Gaillard* (de Poitiers).

La douleur, la photophobie et le blépharospasme tourmentent beaucoup les malades, et nous serions d'autant moins inexcusables de n'y pas remédier, que nous pouvons le faire avec succès. La douleur est continue et généralement supportable; l'atropine en a facilement raison. D'autres fois, elle est tellement intense qu'elle nécessite des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine au niveau de la tempe. La forme névralgique est justiciable du sulfate de quinine.

De Grœfe a beaucoup insisté sur l'emploi de la morphine, non seulement contre l'élément douleur, mais aussi contre le blépharospasme, et son opinion est confirmée par M. le professeur *Panas*. Dans ses *Leçons sur les kératites* (2), sont rapportés deux cas dans lesquels la morphine a fait disparaître comme par enchantement la photophobie et le blépharospasme. « Nous allons même plus loin, dit M. Panas, et nous affirmons que la morphine combat aussi directement le processus inflammatoire. » On emploiera avec succès, dans ce but, les petits vésicatoires morphinés à la tempe.

Les ressources thérapeutiques à mettre en usage contre la kératite elle-même, les causes ayant disparu, devront varier suivant l'intensité de l'affection. Dans les cas légers, lorsqu'elle est nulle sur la conjonctive, il sera utile de provoquer une inflammation substitutive. Pour cela, on emploiera les instillations de collyres irritants (sulfate de zinc 0 gr. 20 cent gr., eau distillée 15 gr.), ou bien l'insufflation de la poudre de calomel, ou la pommade à l'oxyde jaune de mercure au 1/50. Je recommande beaucoup les compresses chaudes appliquées trois ou quatre fois par jour pendant une heure. On prend plusieurs carrés de flanelle ou de linge fin usé, que l'on trempe dans l'eau chaude, ou dans une infusion aromatique de thé vert ou de camomille à 35 degrés environ, et on les place sur les paupières exactement fermées, en ayant soin de recouvrir les compresses d'un morceau de taffetas gommé, de façon à empêcher l'évaporation.

(1 Abadie. *Clinique Ophth.* 1881, p. 35.

(2) Panas. *Leçons sur les kératites*, p. 60

En 1880, M. *Berthelot*, dans sa thèse (1) et M. *Dehenne* dans un travail inséré dans la *Gazette d'ophthalmologie*, ont cité des cas dans lesquels *un traumatisme chirurgical oculaire à distance*, aurait influencé favorablement la marche de la kératite granuleuse et aurait amené finalement sa guérison. Dans l'un de ces cas, il s'agit de l'opération du *strabisme*; deux autres malades ont subi l'élargissement des paupières. Sans vouloir la nier, j'avoue ne pas accepter facilement, comme fait démontré, *l'action curatrice à distance* de la canthoplastie sur le *pannus*, son action thérapeutique incontestable comme celle de la *péritomie*, dont nous allons parler, pouvant s'expliquer suivant un autre mécanisme.

La *péritomie* ou tonsure conjonctivale, est dirigée contre la vascularisation de la cornée. En supprimant les vaisseaux périkératiques, non seulement on obtient une large déplétion sanguine, mais on frappe de mort par atrophie les vaisseaux et les cellules de nouvelle formation. C'est dans cet ordre d'idées que *Desmarres* père fit ses scarifications successives ou *saignées* de l'œil; que *Carron du Villards* excisa un faible lambeau conjonctival, que *Van Roosbrœck* fit suivre l'incision conjonctivale d'une cautérisation au nitrate d'argent. S. *Furnari* en 1864, voulant faire disparaître complètement les vaisseaux périkératiques, pratiqua l'opération dangereuse qui porte son nom, et dont on a heureusement abandonné le dernier temps, c'est-à-dire le badigeonnage de la plaie avec le nitrate d'argent. Voici comment ce chirurgien pratiquait son opération. « Il excise environ cinq millimètres, parfois plus, et même la presque totalité de la muqueuse bulbaire, enlève à coups de ciseaux tout le tissu sous-muqueux, râcle le tissu épiscléral, sectionne tous les vaisseaux de la surface de la sclérotique qu'il met absolument à nu; il la débarrasse de tous ceux qu'il est possible de saisir et de soulever avec des pinces; il coupe en travers ceux qu'il ne peut enlever, et il termine cette laborieuse opération par un badigeonnage de toute la plaie avec une forte solution de nitrate d'argent » (2).

La tonsure conjonctivale est une bonne opération, et MM. le professeur Panas, de Wecker et Abadie la recommandent « dans les cas de *pannus peu épais*, dans lesquels il ne reste plus de grosses granulations fongueuses à la face postérieure des tarses. » Il ne faut pas s'attendre à un succès immédiat, mais après un ou deux mois,

(1) Berthelot. *Du traitement du pannus par l'inoculation blennorrhagique.* Thèse de Paris, 1880.

(2) S. Furnari. *De la tonsure de la conjonctive Gaz. méd. de Paris*, 1862.

un tissu cicatriciel inodulaire a comblé la perte de substance conjonctivale produite par l'opération, les vaisseaux cornéens se sont atrophiés et le pannus a disparu.

Dr S. Baudry (*de Lille*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Médecins vaccinateurs et médecins des épidémies.

Très honoré confrère,

Quand une épidémie de variole éclate dans une commune et qu'il y a urgence de procéder à des vaccinations et revaccinations immédiates, ces vaccinations et revaccinations doivent-elles être faites par le médecin chargé du service habituel des vaccinations dans cette commune, où par le médecin des épidémies de l'arrondissement?

Dernièrement, deux communes dont je suis le médecin vaccinateur nommé par l'administration sous préfectorale depuis mon installation à Albertville, c'est-à-dire cinq ans, ont été atteintes par une épidémie de variole; le médecin des épidémies ayant dénoncé la nécessité de vaccinations et revaccinations immédiates, le sous-préfet d'Albertville le chargea d'y procéder, déclarant formellement que, « en temps d'épidémie, le médecin des épidémies seul devait en être chargé. »

Ainsi donc, le médecin chargé par l'Administration d'assurer le service des vaccinations dans une commune se trouverait dépouillé lorsque ces vaccinations présenteraient un caractère d'urgence! Je trouve que ce ne serait ni rationnel, ni équitable.

En effet, le médecin qui vaccine touchant une somme fixe pour chaque vaccination, n'est convenablement rémunéré que s'il vaccine un nombre assez considérable de personnes dans la même commune. Or, dans nos campagnes, le paysan très insouciant et quelque peu sceptique, néglige souvent de faire vacciner ses enfants; cette année même, dans une commune dont je suis chargé et éloigné de douze kilomètres de mon domicile, j'ai eu à vacciner..... un seul enfant. On voit, dans ces conditions, à quoi se réduisent quelquefois les honoraires du médecin vaccinateur. Mais, survient-il une épidémie, tout change; le précieux vaccin est réclamé de tous côtés, tout le monde en veut; et dans telle commune qui, en temps ordinaire, fournissait à peine à son médecin vaccinateur de quoi payer ses frais de déplacement, il faudra faire une centaine de vaccinations.

Le médecin des Epidémies viendrait donc à point nommé pour profiter de cette panique salutaire. Quant au médecin vaccinateur, il reprendrait l'année suivante son ingrate besogne

Vous m'obligeriez, très honorée confrère, en me donnant votre avis sur cette question, qui n'est pour moi qu'une question de principe, car je me fais un devoir de déclarer que mon excellent ami, le docteur Blanc, médecin des épidémies, n'a point voulu profiter d'une situation qu'il n'envisageait pas de la même manière que monsieur le sous-préfet.

Veuillez agréer, etc. Dr Jules Armand.
Ancien Interne des hopitaux de Lyon.

Réponse

A notre avis, cher confrère, le médecin des épidémies ne devrait intervenir qu'au cas où le médecin vaccinateur, mis en demeure de remplir ses fonctions, n'apporterait pas à leur accomplissement le zèle nécessaire pour arrêter les progrès de la variole dans la région envahie.

Le Bureau du syndicat, ou le Bureau de la société locale devrait écrire en se sens à l'Administration, et sûrement on accepterait cette interprétation.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE
ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Confiseur ou Pharmacien?

M. *Dujardin-Beaumetz* a lu à la Société de thérapeutique une observation publiée par le *Répertoire de médecine dosimétrique*, au sujet de la tolérance de l'économie pour les alcaloïdes dans les affections suraiguës. D'après cette observation, le Dr Duchêne, appelé auprès d'une malade atteinte de rhumatisme suraigu généralisé, avait prescrit, pour *tâter* la susceptibilité de sa cliente à l'égard des alcaloïdes, cinq tubes de granules d'aconitine, cinq de vératrine et cinq de digitaline, en recommandant de prendre huit granules de chaque tube dans les vingt-quatre heures. La malade ingéra, en quarante-huit heures, le contenu des quinze tubes, c'est-à-dire cent granules d'aconitine, cent de vératrine, cent de digitaline, et, contre toute attente, loin de s'en trouver incommodée fut, dès ce moment, entièrement guérie. — M. Bugraeve fait suivre d'ailleurs la relation de ce fait d'une note dans laquelle il fait remarquer qu'une semblable dose, qui *peut paraître* énorme, vient démontrer la tolérance à l'égard des alcaloïdes dans les maladies aiguës, et *l'impossibilité* de toute intoxication avec les granules dosimétriques, même à des doses qui seraient sans doute toxiques si l'on employait

d'autres préparations des mêmes substances. — M. Dujardin-Beaumetz pense que cette observation démontre bien mieux encore que les granules dosimétriques ne renferment aucun principe actif. En effet, si l'on dépasse le chiffre de huit granules d'aconitine par jour, on obtient des accidents toxiques; par conséquent les trois cents granules absorbés par la malade de M. Duchêne ne contenaient que du sucre, puisqu'elle n'est pas morte.

M. Catillon rappelle qu'autrefois on préparait les granules *à la bassine*, mais qu'on a renoncé à ce procédé défectueux : on n'était jamais sûr de la quantité de substance active renfermée dans chaque granule. Aujourd'hui on prépare les granules comme de petites pilules.

M. Limousin fait observer que lorsqu'on prépare des pilules avec un médicament en poudre, du sulfate de quinine, par exemple, on a parfois, malgré tout le soin que l'on peut y apporter, une différence de 15 à 20 pour 100 dans la quantité de substance active que renferme chaque pilules. Si l'on emploie une solution médicamenteuse, l'écart est bien moindre.

M. Delpech croit que les granules, qui sont préparés dans le commerce en masse considérable, ne peuvent jamais être rigoureusement dosés. Il est bien préférable de formuler des pilules qui devront renfermer une quantité déterminée du médicament prescrit.

M. Moutard-Martin rappelle que beaucoup de médecins se croient obligés de recourir aux granules de Chanteaud, comme étant les seuls qui aient quelque efficacité. Il est donc nécessaire de montrer que les granules dosimétriques sont le plus souvent mal préparés; ils peuvent être ou dangereux, ou absolument inertes. Le fait rapporté par M. Dujardin-Beaumetz en fournit une preuve évidente.

M. Dujardin-Beaumetz pense que les alcaloïdes seraient utilement administrés sous forme de granules; mais il faut que ces granules soient exactement dosés. Dans le cas contraire on s'exposerait à bien des mécomptes. Certains alcaloïdes, en effet, sont toxiques à très faible dose; ainsi il est prudent de ne pas prescrire plus de 2 milligrammes d'aconitine.

M. C. Paul est d'avis que, lorsqu'il s'agit de médicaments devant être employés à aussi faible dose, les solutions permettent seules d'éviter toute erreur. Quant aux granules, le mode de fabrication *a la bassine* expose à des écarts d'autant plus marqués que l'on en préparera un plus grand nombre à la fois, et que, par suite, la quantité de solution médicamenteuse projetée sur les granules sera plus considérable. Beaucoup de médecins, d'ailleurs, prescrivent des granules dosimétriques parce qu'ils ne savent pas formuler. »

M. *Vigier* tient de M. Chanteaud lui-même que le phosphure de zinc qu'il emploie provient de Darmstadt et qu'il n'en connaît pas le titre exact. Or, ce produit ne renferme que 30 0/0 de phosphure de zinc pur. D'ailleurs, huit milligrammes de phosphure de zinc correspondent à un milligramme de phosphore; la quantité de phosphure contenue dans un granule Chanteaud d'un milligramme, préparé avec le produit de Darmstadt, est donc *absolument insignifiante*.

(*Gazette hebdomadaire*).

De tels faits n'ont pas besoin de commentaires : ils vont directement contre la démonstration que l'on en voulait tirer. Il nous suffira donc de les signaler à l'attention de nos confrères, pour les prémunir contre les assertions étranges et véritablement dangereuses que quelques personnes n'ont pas craint d'avancer sur la tolérance que l'état de maladie développe à l'égard des médicaments actifs. Oui, sans aucun doute, la tolérance existe, c'est un fait d'observation démontré depuis bien longtemps, mais elle a des limites parfaitement tracées et connues de nous tous. Dans le cas particulier dont il est ici question, il est bien certain que si, au lieu des aimables bonbons dont elle a dévoré un si plantureux picotin, la malade avait eu affaire à un médicament pur et parfaitement dosé, peu importe sous quelle forme, ce n'est pas la maladie qui aurait été jugulée !...

Vaccinations charbonneuses

M. *Pasteur* a fait à *l'Académie des Sciences* une communication sur le résultat des vaccinations charbonneuses dans le département d'Eure-et-Loir. — 85,000 animaux ont été vaccinés ; la mortalité est tombée de 7 p. 100 à 0,65 pour les moutons ; de 7 p. 100 à 0,24 p. 100 pour les bœufs.

L'expérience suivante est des plus concluantes: sur un troupeau de 4,000 moutons on a vacciné 2,308 animaux ; 8 seulement sont morts; — l'autre partie du troupeau, composée de 1,659 animaux non vaccinés, a eu 60 morts.

Dr J. G.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I.

Ecueils a éviter.

« Je dis toujours la même chose parce que c'est toujours la même chose ; si ce n'était pas la même chose je ne dirais pas toujours la même chose. » Ces paroles que l'immortel Molière met dans la bouche de Pierrot, le personnage bien connu de son Don Juan, nous reviennent à l'esprit, parce que, à propos de syndicats médicaux, nous sommes bien obligé à des redites nombreuses. Que peut-il y avoir d'étonnant à cela? Une vérité, pour être la vérité, n'est point, pour cela, admise sans conteste par tout le monde aussitôt qu'elle a été formulée. Elle ne s'impose pas toujours immédiatement à chacun de nous, et le temps et l'expérience sont les deux éléments nécessaires pour porter la conviction dans l'esprit du plus grand nombre.

Le corps médical nous paraît aujourd'hui édifié sur l'opportunité des syndicats professionnels. Le nombre de ceux qui se sont constitués dans le courant de l'année

qui vient de s'écouler prouve, d'une façon irréfutable, que cette institution répond à un besoin de notre époque. Nous avons la conviction, — nous allions presque dire la certitude, — qu'avant la fin de l'année présente, presque tous nos départements auront leur syndicat. Nous souhaitons, pour notre compte, bien ardemment ce résultat, parce que nous sommes certain que le corps médical y est grandement intéressé, tant au point de vue moral qu'au point de vue matériel. Mais nous savons aussi que les réformes ne s'imposent pas du jour au lendemain. Quelque utiles, quelque urgentes qu'elles puissent paraître, elles doivent subir, pour être admises, une certaine préparation qui est l'œuvre du temps. A vouloir trop précipiter, trop hâter les choses, on ne gagne rien ; on s'expose, au contraire, à reculer bien en arrière du point de départ.

Aussi croyons-nous nécessaire de signaler à l'attention de nos confrères qui s'occupent d'organiser des syndicats, un écueil dangereux vers lequel un certain nombre d'entre eux nous paraissent disposés à se laisser entraîner. La correspondance du CONCOURS nous révèle, en effet, que, sur certain point, on paraît tenir à une règlementation à outrance. On voudrait que les articles de règlement fussent de véritables lois draconiennes, frappant avec une inexorable sévérité quiconque les aurait enfreintes... « Nous voulons, lisons-nous, que le médecin qui « manquera à sa parole soit mis au ban du corps médi- « cal et cesse d'être considéré comme confrère.... Nous le « tiendrons pour médicastre, pour un homme sans hon- « neur et nous le traiterons comme tel. L'Assemblée des « membres syndiqués le déclarera indigne du nom de « médecin, et la plus grande publicité sera donnée au « procès-verbal.... »

Hélas! combien nous sommes éloigné d'encourager de semblables agissements! C'est bien là l'excès de rigorisme auquel faisait allusion notre honorable confrère, M. le docteur Cauchy, de Bapaume, quand il écrivait : « beaucoup de syndicats y périront. » Cherchons plutôt tout ce qui peut nous unir, nous rapprocher, rendre les relations entre confrères plus fréquentes, plus faciles, plus cordiales : Se voir souvent, c'est le moyen certain d'arriver bien vite à s'estimer et de rendre inutile ce luxe de réglementation, plus encombrant qu'efficace, dont parle l'honorable auteur de la lettre à laquelle nous faisons allusion. Que notre confrère et ceux qui seraient tentés de l'imiter veuillent bien s'en rapporter à notre expérience. Des statuts sévères éloigneront sûrement un grand nombre de médecins qui eussent adhéré volontiers à une œuvre de rapprochement. Soyez, au début, très large, très conciliant, très indulgent même, et vous verrez que les bons précédés dont vous userez, lors de vos réunions, à l'égard de vos confrères, rendront complètement oiseux cet arsenal de pénalités que vous aurez organisé à grand fracas. Non, non! Ce n'est pas avec des hommes que les circonstances de la vie, comme les usages établis, ont fait les plus susceptibles au point de vue de la dignité, de la liberté et de l'indépendance, qu'un excessif rigorisme vous permettra jamais d'atteindre le but que vous désirez. Ils se roidiront, au contraire, et vous laisseront dans le plus complet isolement.

Il est aussi quelques confrères, à l'imagination ardente, qui s'abandonnent facilement à l'enthousiasme pour retomber, l'instant d'après, dans le découragement. On aurait cru que les syndicats nous ramèneraient immédiatement l'âge d'or ; on voyait déjà les clients venir régulièrement solder leur note d'honoraires; les rebouteux allaient disparaître ; les communautés religieuses et les pharmaciens allaient cesser, comme par enchantement, cette concurrence sans bornes qui, dans quelques-unes de nos provinces, fait la dissolution et le désespoir du malheureux médecin patenté. Or, la concurrence de l'exercice illégal de la médecine est toujours la plaie vive de notre pauvre profession. Les bonnes sœurs, comme aux plus beaux jours, vendent encore aux braves gens leurs drogues malsaines et leurs conseils pernicieux.

Nous répéterons, à ce propos, ce que nous avons déjà dit ailleurs. Les syndicats nous procurent incontestablement des avantages immédiats ; mais il est aussi des résultats éloignés qui ne sauraient manquer de se produire, à la condition que nous saurons attendre le moment opportun. Cet avenir, il nous appartient de le préparer, en cherchant à modifier peu à peu l'esprit et les tendances des populations au milieu desquelles nous vivons. Plus nous y mettrons de zèle et de ténacité, plus les résultats que nous recherchons seront proches. Dès lors, travaillons sans cesse et sans nous décourager, à l'œuvre entreprise. Ne nous arrêtons pas au premier obstacle que nous rencontrerons sur notre chemin. Revenons, s'il le faut, vingt fois à la charge, et nous serons sûrs de triompher un jour ; surtout sachons rester unis, car l'union est une condition de force.

Mais dans combien de temps, dira-t-on, recueillerons-nous ces avantages éloignés dont vous parlez. Assurément ce ne sera pas demain; peut-être s'écoulera-t-il encore des mois, peut-être quelques années. Je sais bien que ceux d'entre nous qui approchent de la fin de la carrière n'en profiteront pas tous ; mais les jeunes phalanges qui viennent remplacer leurs aînés, ne leur devons-nous rien? N'est-il pas juste de leur préparer un héritage *plus brillant que celui qui nous ont* laissé nos devanciers ? Donc, pas de défaillances; livrons-nous à un travail opiniâtre, ayons toujours présente à l'esprit cette belle maxime de notre grand chansonnier populaire.

« ...... En une chaîne immense,
« Non pour nous seuls, mais pour tous, nous naissons. »
(BÉRANGER).

Quant à ceux qui voudraient user de la législation actuelle pour mettre un terme aux agissements des charlatans, nous les prions instamment de ne pas entreprendre trop légèrement des poursuites dont le principal résultat serait assurément de dresser un piédestal à celui qu'on aurait cru atteindre. Et si quelqu'un était décidé à tenter l'expérience, je le prierai, auparavant, de méditer attentivement les paroles suivantes que j'emprunte au discours prononcé par M. Durand-Fardel à l'Assemblée générale de l'Association de l'Allier, tenue à Moulins le 24 octobre dernier.

« Une double plainte a été déposée par votre Président « au Parquet de Moulins et au Parquet de Cusset contre « le nommé Pintenet, un des plus effrontés guérisseurs « du département. Déjà condamné à plusieurs reprises, « il n'en continue son commerce qu'avec plus d'ardeur, « et exploite en même temps Vichy durant l'été, et Neuilly- « le-Réal le reste de l'année, et les dimanches en toutes « saisons. L'attention du Parquet a été particulièrement « appelée sur le danger immédiat qu'offraient les offres « de service du sieur Pintenet dans les cas de croup, an- « gine couenneuse, coliques de *miserere*, étranglements

« internes, etc., pour lesquels il promet une *prompte gué-* « *rison.*

« Les antécédents de cet individu, mes instances person- « nelles n'ont eu que les résultats suivants : Pintenet a « été condamné à 10 francs d'amende pour exercice illé- « gal de la médecine, et 25 francs pour vente illégale de « médicaments. »

Toute réflexion serait superflue.

Sachons donc prendre patience quelque temps encore. Un jour viendra, — et nous avons la conviction qu'il n'est pas éloigné, — où les syndicats médicaux pourront concerter leur action, et exercer une influence à laquelle il sera bien difficile de résister. Disons mieux : le moment est proche où, formant une vaste fédération, le SYNDICAT DES MÉDECINS DE FRANCE pourra prendre en maires les intérêts matériels du corps médical et faire triompher enfin ses légitimes revendications. Il lui sera bien permis, — à lui, — de s'occuper de toutes ces questions importantes que l'Association générale ne peut aborder, comme la proposition Surmay, par exemple, sans voir se dresser devant elle le VETO du gouvernement.

Le secrétaire de la commission générale des Syndicats
Ad. Barat-Dulaurier,
Ex-Interne des hôpitaux de Paris.

II

Syndicat de Meurthe-et-Moselle.

Liste des Membres.

Le syndicat est divisé en quatre sous-syndicats, comprenant chacun les médecins d un même arrondissement,

Comité du Syndicat départemental.

Président : Dr Deligny, de Toul. — *Vice-Président :* Dr Pitoy, de Nancy. — *Secrétaire-Trésorier :* Dr Chapuis, de Toul. — *Délégué du sous-syndicat de Nancy :* Dr Sadler, de Nancy. — *Délégué du sous-syndicat de Toul ;* Dr Lebert, de Colombey. — *Délégué du sous-syndicat de Briey :* Dr Maurice, de Onville. — *Délégué du sous-syndicat de Lunéville :* Dr Aubry, de Lunéville. —

Sous-Syndicat de l'arrondissement de Nancy

Comité syndical. *Président :* Dr Pitoy, de Nancy. — *Vice-Président :* Dr Dard, de Custines. — *Secrétaire :* Dr Rhomer, de Nancy. — Membres : MM. 1. Pitoy, Nancy. — 2. Ancelon, Nancy. — 3. Chatelain, Nancy. — 4. Rhomer, Nancy. — 5. Sadler, Nancy. — 6. Friot, Nancy. — 7. Ch. Lévy, Nancy. — 10. Rosé, Nancy. — 11. Remy, Nancy. — 12. Picard, Malgrange. — 13. Mangenot, Pont-à-Mousson. — 14. Maillard, Pont-à-Mousson. — 15. Mall, Pont-à-Mousson. — 16. Pierron, Pont-à-Mousson. — 17. Riboullot, Pont-à-Mousson. — 18. Duprey, Saint-Nicolas. — 19. Marchal, Saint-Nicolas. — 20. Clément, Saint-Nicolas. — 21. Cugnien, Vézelise. — 22. Génot, Vézelise. — 23. Quenette, Leyr. — 24. Andreux, Pont-Saint-Vincent. — 25. Muller, Pont-Saint-Vincent. — 26. Dard, Custines. — 27. Cunin, Haroué. — 28. Chrétien, Rosières-aux-Salines. — 29. George, Flavigny. — 30. Bernard, Dieulouard. — 31. Hally, Champenoux. — 32. Clément, Fraisne-en-Saintois. — 33. Remy, Dombasle. — 34. Nicoleau, Nancy.

Sous-Syndicat de l'arrondissement de Toul.

Comité syndical. *Président :* Dr Deligny, de Toul. — *Vice-Président :* Dr Manson, de Toul. — *Secrétaire :* Dr Chapuis, de Toul.

Membres : MM. 34. Manson, Toul. — 35. Naquard, Toul. — 36. Chapuis, Toul. — 37. Deligny, Toul. — 38. Habert, Colombey. — 39. Lebert, Colombey. — 40. Carel, Favières. — 41. Contal, Blénod-les-Toul. — 42. Toussaint, Blénod-les-Toul. — 43. Gillet, Lucey. — 44. Sogney, Liverdun. — 45. Lepage, Arnaville. — 46. Fontan, Essey. — 47. Harment, Avrainville.

Sous-syndicat de l'arrondissement de Briey. — Comité syndical : *Président* : Dr Bermont, Norroy-le-Sec. — *Vice-Président* : Dr de Crevoisier, Briey. — *Secrétaire* : Dr Laurent, Briey. — Membres : MM. 48. Romand, Longuyon. — 49. Marie, Longuyon. — 50. Coliez, Longwy. — 51. Olinger, Longwy. — 52. de Crevoisier, Briey. — 53. Laurent, Briey. — 54. Maurice, Onville. — 55. Jacquin, Jouaville. — 56. Bermont, Norroy-le-Sec. — 57. Cornet, Briey. — 58. Vigel, Mars-la-Tour. — 59. Mangin, Audun-le-Roman. — 60. Grandjean, Conflans.

Sous-syndicat de l'arrondissement de Lunéville. — (Le comité syndical n'est pas encore constitué). Membres: MM. 61. Aubry, Lunéville. — 62. Mangenet, Lunéville. — 63. Mergaut, Bayon. — 64. Mangin, Bsccarat. — 65. Molard, Einville.

En dehors du département : 66. M. Cabasse, Vaucouleurs (Meuse).

III

Syndicat de la Vienne.

Très honoré confrère,

Ayant été le promoteur de la fonction d'un syndicat dans la Vienne, j'ai la satisfaction de vous annoncer que hier, dans une réunion générale tenue à Poitiers dans une des salles de l'Ecole de Médecine, les statuts ont été discutés et adoptés, après avoir été élaborés par une commission dont j'avais l'honneur de faire partie. Le bureau a été constitué par les nominations suivantes : M. le Dr Doucet, de Loudun, *Président*. M. le Dr Chédeveyne de Poitiers, *Vice-Président*. M. le Dr Auché de Poitiers, *Secrétaire-Trésorier.*

Notre syndicat est donc bel et bien formé avec le chiffre respectable de cinquante-deux adhérents, ce qui nous donne lieu d'espérer, dans un bref délai, une augmentation sensible du nombre des adhérents.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Dr Pasquet-Labroue.

BIBLIOGRAPHIE

Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8, Paris.

Éloge de L. V. Marcé, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-physiologique du 24 avril 1882; par Antoine Ritti, secrétaire général de la Société. — In-8 de 24 pages. Prix : 1 franc.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

3 Février 1883 — Organe des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — No 5

SOMMAIRE

BULLETIN

On se rappelle l'émotion produite à une des dernières séances de l'Académie par la protestation des médecins lyonnais en faveur de l'emploi de la méthode de Brand dans la fièvre typhoïde, protestation appuyée sur des chiffres statistiques dont l'exactitude nous semblait au moins contestable. Il paraît que nos soupçons étaient parfaitement fondés: c'est du moins ce que M. *L. Colin* a entrepris de prouver, et a prouvé sans peine, au nom d'une Commission nommée à cet effet, et dont il est le Rapporteur.

Il importe, en statistique, de ne comparer que des éléments comparables. Or, chacun sait que les mots *typhus* et *fièvre typhoïde* sont loin d'avoir la même valeur en France et en Allemagne: premier point. En second lieu, vient la question du diagnostic: quand on se rappelle que la balnéation est prescrite par Brand, dès le stade prodromique, dans cette période où les cliniciens français sont encore, et parfois pour si longtemps, dans le doute sur le nom à donner à la maladie, n'y a-t-il pas réellement lieu de craindre que la somme réelle des fièvres typhoïdes ainsi traitées ne soit démesurément grossie du nombre d'affections bénignes, qui viendraient augmenter le chiffre des cas enregistrés et alléger d'autant la mortalité relative?

Pour ce qui est du coefficient énorme de mortalité (40, 5 0/0) relevé par M. Glénard sur les tableaux statistiques de l'armée, M. Colin signale une grave cause d'erreur dans ces tableaux; la colonne réservée à la *fièvre typhoïde* est toujours précédée d'une colonne intitulée *fièvre continue*, et qui comprend un chiffre à peu près double de la suivante : sept mille cinq cent-quatre-vingt-deux entrées pour l'une et quatre mille cent-trente pour l'autre, en *1870. Or,* la durée moyenne des jours d'hôpital pour cette fièvre continue a été de vingt-huit jours; et cependant, si l'on se reporte aux tableaux obituaires, on trouve pas un seul décès sur ces sept mille cinq cent-quatre-vingt-deux cas; l'affection dite fièvre continue ne figure même pas sur ces derniers tableaux.

Qu'est-ce donc que cette affection qui nécessite vingt-huit jours de traitement et ne cause pas un seul décès sur sept mille cinq cent-quatre-vingt-deux cas?

En réalité, la plupart de ces cas de fièvres, dites continues, sont bien réellement des fièvres typhoïdes, dont le diagnostic était incertain lors de l'inscription initiale du soldat admis à l'hôpital, ou qui, bien que déjà évidentes, n'ont pas été inscrites sur la pancarte, de crainte d'effrayer le malade. Puis ce malade, entré sous la rubrique *fièvre continue*, reste sous la même étiquette, au détriment de la colonne des guérisons de la fièvre typhoïde.

Une seule circonstance peut modifier cette répartition: c'est le décès du malade. Que l'autopsie soit faite ou non, ces morts vont alors grossir la colonne des morts par fièvre typhoïde. De là

une augmentation apparente dans la mortalité de la fièvre typhoïde, quand on n'étudie pas ces tableaux statistiques avec soin et dans leur entier.

En additionnant les fièvres dites continues avec les fièvres dites typhoïdes, qui sont de même nature, on a un total de 11,682 cas en 1876, et les 1,675 décès ne représentent qu'une mortalité de 14 pour 100 au lieu de 40. Il en est de même à peu près pour les années 1877, 1878, et 1879 pour lesquelles les tableaux statistiques ont été publiés.

« En terminant ici son rapport, votre Commission, dit M. L. Colin, tient à préciser une dernière fois les limites du mandat où elle s'est renfermée: elle a eu hâte, suivant votre désir, d'étudier la valeur de documents dont la gravité devait forcément alarmer l'opinion publique et donner une publicité regrettable à une erreur qui nous paraît avoir été commise de bonne foi, mais qui est venue ajouter de nouvelles douleurs à celles de tant de familles, et qu'aurait conjurée la moindre velléité d'information.

« Loin de nous donc la pensée de vouloir conclure de cette rectification de chiffres à une appréciation défavorable du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Votre Commission tient le plus grand compte des faits recueillis à l'étranger, spécialement en Allemagne, ainsi que des recherches et des tentatives accomplies en France par plusieurs confrères, dont quelques-uns appartiennent à l'armée, et qui sont dignes de votre estime et de vos encouragements.

« Elle a donc l'honneur de soumettre à votre approbation les résultats de son enquête :

1° Le chiffre des entrées dans les hôpitaux militaires français, par *fièvre typhoïde*, comprend non seulement les malades admis sous ce diagnostic, mais encore un grand nombre de ceux dont l'affection a été qualifiée de *fièvre continue*;

2° Les décès par fièvre typhoïde, inscrits dans la statistique médicale de l'armée, se rapportent non seulement aux malades entrés sous la rubrique : *fièvre typhoïde*, mais encore à ceux qui ont été admis avec le diagnostic : *fièvre continue*. La proportion de ces décès, au total de ces deux groupes, est d'environ 14 0/0. »

La discussion de ce rapport est renvoyée à la prochaine séance.

M. *Germain Sée* continue sa communication sur le traitement de la fièvre typhoïde : il ne la terminera que dans la prochaine séance. Nous attendons les conclusions de M. G. Sée pour les faire connaître à nos lecteurs.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

TYPHLITE ET PERITYPHLITE

Par le Docteur J. GEOFFROY.

I.

La typhlite, lorsqu'elle est uniquement causée par un amas de matières stercorales, et non par la présence de corps étrangers, est une maladie généralement bénigne, qui cède le plus souvent au repos et à une médication appropriée. Mais quand, malgré les efforts les mieux dirigés, le cours des matières ne se rétablit pas, ou ne se rétablit que d'une manière incomplète, ce qui arrive surtout lorsque le malade est resté trop longtemps sans se soigner, le pronostic de cette affection change complètement; et l'on peut se trouver en présence des accidents les plus sérieux. Outre que les tuniques intestinales ont une tendance à s'ulcérer de dedans en dehors, le tissu cellulaire péri-cœcal, irrité par la présence de la tumeur, s'enflamme à son tour, et cette inflammation, qui est encore susceptible de se terminer par résolution si l'intestin revient à son état normal, peut aussi passer à la suppuration.

La typhlite, accompagnée de pérityphlite phlegmoneuse, est une affection grave, d'autant plus grave que le traitement à diriger contre elle ne nous paraît pas avoir été jusqu'ici bien nettement formulé : aussi l'embarras du praticien est-il grand, quand il se trouve en présence d'un cas semblable. C'est que d'abord le diagnostic est difficile, et l'on ne voit pas bien le moment où la typhlite devient pérityphlite, où la pérityphlite simple devient pérityphlite suppurée ou phlegmoneuse : on n'est averti de l'existence du pus que quand on a constaté la fluctuation; or, à ce moment, le mal est déjà étendu, et il est tard pour agir avec succès. Si l'on a été jusque là assez heureux, et si l'on est encore assez heureux, pour éviter la péritonite, le foyer purulent a déjà produit des délabrements considérables, qu'une intervention plus opportune aurait peut-être pu éviter.

Telles sont les considérations qui m'on guidé dans un cas fort intéressant que je crois devoir soumettre à nos lecteurs.

II. — Observation.

Le vendredi 24 novembre 1882, je suis appelé auprès de M. M. F... qui se plaint de douleurs dans le ventre. Cet homme, âgé de 29 ans et demi, est bien constitué, quoique un peu lymphatique; il jouit ordinairement d'une excellente santé et ne se rappelle pas avoir été malade : c'est un gros mangeur, mais il n'a jamais souffert de l'estomac ni de l'intestin. Il raconte que le mardi précédent, se trouvant à diner en ville, il ressentit tout à coup, et sans cause connue, dès le commencement du repas, d'assez violentes coliques. Mais il a bon appétit et ne veut pas « pour un gaz perdre son diner; » il continue donc à manger et ne rentre chez lui que le soir assez tard, se plaignant toujours de coliques. Il se couche, mais ne peut dormir, et se relève pour aller à la selle; il ne

rend rien et prend un lavement qui amène quelques matières, sans grand soulagement.

Le 22, M. F. souffre dans le ventre et l'estomac, il a des nausées et ne peut rien manger; il ne rend, avec les lavements, que quelques petits morceaux de matières très dures.

Le 23, même état, tendance au frisson; pas de selles.

Quand je vois le malade, le 24, il a la figure pâle et fatiguée, les traits tirés, mais pourtant peu de fièvre. La douleur dont il se plaint se localise vaguement à la fosse iliaque droite, dans laquelle je trouve une tuméfaction assez mal limitée mais cependant facile à constater, quoiqu'elle n'offre pas une bien grande résistance au toucher. Il y a en ce point, qui répond à la place qu'occupe le cœcum, de la sensibilité spontanée et surtout à la pression. Le reste du ventre est ballonné et un peu gros.

J'institue le traitement ordinaire de la typhlite. Comme il y a une constipation presque absolue, je ne crois pas devoir administrer de purgatif par la bouche, dans la crainte que, l'obstacle ne cédant pas, la purgation ne fasse qu'augmenter les accidents. Je me contente donc d'ordonner un lavement purgatif assez énergique qui me réussit toujours bien en pareille circonstance :

Follicules de séné.	ãã	15	grammes.
Sulfate de soude.			
Eau bouillante.		500	grammes,
Ajoutez :			
Miel de mercuriale		60	grammes.

A prendre en une fois.

Bouillon et orangeade; repos complet au lit. Cataplasmes en permanence sur le ventre.

Des matières sont rendues, mais en très petite quantité : le traitement est continué les jours suivants, avec cette différence que le lavement indiqué sera donné matin et soir. Dès le 26, je constate que la tuméfaction iliaque a diminué de volume beaucoup plus vite que la faible proportion de matières rendues ne l'aurait fait supposer; il est donc probable, que, dès ce moment, il y avait un peu de pérityphlite et que celle-ci s'était trouvée enrayée par le traitement et le repos.

Le 27. selles plus abondantes. L'exploration locale ne révèle plus de tuméfaction proprement dite, peut-être un peu d'empâtement, et surtout un gargouillement très prononcé. Le cœcum ne renfermait donc plus seulement des matières solides, mais des liquides et des gaz : désormais le passage pouvait être franchi; aussi ordonné-je, le 28, deux verres d'eau purgative qui amènent une véritable débâcle. Le malade ne souffre plus.

L'obstacle était levé, il n'y avait plus rien à craindre pour le moment; mais comme la typhlite est essentiellement une maladie à répétition, je prescrivis à mon malade de continuer l'usage de l'eau purgative, de façon à aller à la selle bien exactement tous les jours, de manger peu et lentement, enfin de garder la chambre encore quelques jours, lui recommandant surtout de me rappeler immédiatement, s'il recommençait à souffrir le moins du monde dans le ventre, ou si les selles s'arrêtaient.

Je n'en entendis plus parler jusqu'au lundi 4 décembre et je le croyais complètement remis, lorsque le lundi soir on vint me chercher précipitamment. Le malade souffrait horriblement depuis plusieurs jours; mais sous prétexte qu'il est très courageux, il n'avait pas voulu me faire appeler; du reste il était sorti et avait repris ses occupations habituelles, malgré mes recommandations, malgré la douleur qui l'avait bientôt forcé à se tenir courbé en deux; il ne dormait, ni ne mangeait plus. Ses traits étaient extrêmement tirés, son teint blême, ses conjonctives jaunes, sa langue sale et sèche. Je le fis immédiatement coucher et procédai à l'examen de son ventre. On sentait dans la fosse iliaque droite, exactement au même endroit que la première fois, une tumeur très dure, grosse comme le poing, absolument immobile : matité complète à ce niveau; le reste du ventre est ballonné et tendu, mais sans exagération. On m'affirma que les matières n'avaient pas cessé d'être rendues un seul jour, mais dures, et en très petite quantité; il y en avait eu le jour même de ma visite. J'ordonnai donc deux grands verres d'eau purgative qui, en effet, donnèrent lieu à quelques selles solides.

Je revis M. F. le 6; il souffrait toujours de plus en plus et, malgré les selles, la tumeur iliaque avait augmenté de volume plutôt que diminué. La langue était toujours sèche et, de plus, rouge à la pointe et sur les bords. Prescription : Cataplasmes en permanence et onctions mercurielles belladonées. Lavement purgatif qui ne produit aucun effet.

Le 7, pas de selles, malgré des lavements purgatifs répétés et pour lesquels j'ai augmenté successivement la dose des substances actives; le malade est agité et paraît souffrir beaucoup; sa langue ressemble à celle d'un malade qui aurait la fièvre typhoïde : T. = 39°5. Le ventre est toujours météorisé et douloureux, surtout au niveau de la tumeur qui ne paraît pas s'être étendue, mais est extrêmement dure et mate. Par la palpation et la percussion, on la limite encore plus nettement que la veille. Grande difficulté de respirer : l'auscultation des poumons ne donne que des résultats négatifs.

En présence de la gravité des accidents, et avant d'instituer un traitement plus énergique, je crois devoir appeler en consultation un clinicien des plus distingués de Paris, M. le Dr Lécorché, qui, à la Maison municipale de Santé, où l'on a plus souvent l'occasion de traiter cette affection éminemment *aristocratique* que dans les autres hôpitaux, a acquis une grande expérience de la typhlite : il a dernièrement consacré à cette affection quelques pages d'une excellente étude clinique que je recommande aux praticiens (1).

M. Lécorché partage mon opinion et considère le cas comme très grave; puisque les lavements purgatifs n'agissent pas, il est décidé qu'on essayera les lavements huileux, et qu'on appliquera un large vésicatoire; bains de siège prolongés. Le soir même, on exécute cette prescription. Dans la nuit, la douleur devient plus vive que jamais, la dypsnée augmente : hoquets fréquents; vers deux heures et démie, le malade est pris de vomissements porracés. Je le vois à trois heures et demie du matin : il a ce que l'on est convenu d'appeler le facies abdominal; dans l'intervalle des vomissements, il est tourmenté d'un hoquet très pénible; sa tumeur est le siège de douleurs intenses que le moindre attouchement exaspère. Le ventre est extrêmement dur, tendu et douloureux. Pouls petit et fréquent; soif vive : T. = 39°,8. Je pense à un commencement de péritonite. Prescription : Potion avec Ether et Bromure. N'osant recourir à l'opium, dans la crainte d'augmenter la constipation, je formule cinq pilules de un centigramme d'extrait de Belladone à prendre d'heure en heure. Enfin je fais poser douze sangsues et recommande qu'on se procure de la glace pour en faire sucer au malade.

Ce traitement énergique triomphe des accidents les plus aigus et le soir le malade n'a plus qu'une température de 38°,8. Mais il souffre toujours et ne peut cesser une minute de sucer de la glace sans être repris d'un hoquet qui le fatigue beaucoup; les bains

(1) Lécorché et Talamon; Etudes médicales, etc. Paris, gr. in-8, Delahaye, 1881.

-de siége semblent le soulager momentanément. Je conseille de faire prendre, toutes les heures, dans la journée, un lavement soit purgatif, soit huileux, soit avec du sel, de l'eau savonneuse ou de la glycérine : aucun résultat. Quand le malade rend ses lavements et fait des efforts pour aller à la selle, sa douleur augmente et il souffre dans le fondement. Le 9, le malade garde douze heures un lavement ainsi composé :

Huile de ricin	60 grammes
Huile d'amandes douces	100 —
Décoction de guimauve	100 —
Huile de croton tiglium	1 goutte.

Le soir, la température est remontée à 39°2, et l'état général paraît très mauvais. Second vésicatoire.

Je crus alors qu'il ne fallait pas attendre le retour des graves accidents que j'avais été assez heureux pour conjurer une première fois et je me décidai à provoquer l'intervention chirurgicale. Le sujet me paraissait être dans de bonnes conditions pour une opération. Malade depuis quelques jours seulement, il jouissait antérieurement d'une bonne santé et était suffisamment vigoureux. Il n'y avait plus d'ailleurs de raison pour penser que l'obstacle, quel qu'il fût, pourrait céder désormais aux moyens médicaux. Il allait se faire quelque ulcération de l'intestin et par suite péritonite ou, pour le moins, phlegmon étendu à toute la portion de la fosse iliaque encore saine; car quoique le tissu cellulaire péricœcal entrât bien certainement pour une bonne part dans la tuméfaction totale, cependant une partie de la fosse iliaque était évidemment libre, et la tumeur se laissait encore parfaitement délimiter par la palpation et la percussion.

Au lieu de laisser courir au malade tant de chances défavorables, ne valait-il pas mieux aller résolument à la recherche de l'obstacle qui arrêtait le cours des matières fécales. Si cet obstacle était extérieur à l'intestin (pérityphlite), il se révèlerait dès l'incision complète de la paroi abdominale; s'il était intérieur, l'ouverture de la paroi abdominale permettrait d'examiner directement le cœcum et de l'ouvrir au besoin pour le vider.

Ainsi présentée, il est clair que l'opportunité de l'opération pouvait être discutée, c'est pourquoi je pris la résolution de m'adresser à un chirurgien qui fût, non-seulement un habile opérateur, mais encore un homme de bon conseil. Je ne pouvais mieux faire que de m'adresser à un de mes maîtres dans les hôpitaux, M. le Dr L. Labbé. M. Labbé discuta, en effet; mais l'état du malade paraissait si grave, la tumeur si bien limitée, l'arrêt du cours des matières si péremptoirement constaté que l'éminent chirurgien finit par se rendre à mon raisonnement et par accepter ma proposition. Pour dire toute la vérité, je dois ajouter que sa conviction fut surtout emportée grâce à l'éloquence de mon cher confrère et maître, M. Lécorché qui avait vu mon malade et que j'avais cru devoir appeler de nouveau à cette consultation, pour qu'il témoignât, lui aussi, de notre impuissance absolue à tirer d'affaire le malade par les différents moyens que la thérapeutique médicale peut nous suggérer.

M. Labbé voulut donc bien se mettre à ma disposition, et fort de cet appui, je devins moins inquiet des suites de la maladie de mon client : l'opération fut retardée d'un jour, parce qu'à la suite de lavements purgatifs énergiques et répétés, — peut-être aussi parce qu'il avait entendu parler de chirurgie, — le malade avait eu, ou croyait avoir eu des envies d'aller à la selle. Mais seuls les lavements furent rendus : l'état du malade était loin de s'améliorer, ses forces diminuaient, sa langue devenait de plus en plus sèche et sale; il était dans un état presque typhique.

L'opération eut lieu le 12 décembre à deux heures. M. Labbé avait amené avec lui son neveu, M. Labbé jeune, et M. Lécorché voulut bien se joindre à nous, et nous apporter le concours de sa science et de son talent. Le matin même, j'avais pris les dimensions de la tumeur : elle mesurait dix centimètres et demi, dans sa plus grande hauteur, et de huit centimètres à huit centimètres et demi en travers. Elle commençait à un centimètre et demi environ du pli que forme la cuisse avec l'abdomen, et était éloignée d'environ deux centimètres à deux centimètres et demi de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la partie verticale du bord antérieur de l'os iliaque. Son grand diamètre avait à peu près la direction du cœcum (oblique de bas en haut, et de gauche à droite).

En prenant ces mensurations, je remarquai que le centre de la tumeur présentait un point, de la largeur d'une pièce de deux francs, qui *semblait* faire saillie sur le reste de la masse; toute la peau de cette partie du ventre était rouge, mais cette rougeur était causée par le dernier vésicatoire qui était alors en pleine activité. Pas la moindre fluctuation; matité absolue à la percussion. La palpation donne la sensation d'une masse fixe, immobile et très dure, plus ou moins arrondie, et plongeant dans la fosse iliaque.

M. Labbé incise largement la paroi abdominale, couche par couche, dans le sens du grand axe de la tumeur et dans toute sa longueur. (L'angle supérieur de la plaie se trouve tangent à une ligne qui joindrait les deux épines iliaques supérieures droite et gauche, à trois centimètres de l'épine supérieure droite et à huit centimètres de la ligne blanche; l'angle inférieur, situé à deux centimètres de l'épine du pubis, est à trois centimètres et demi de la ligne blanche). Du fond de la plaie, le bistouri, parvenu sur le *fascia transversalis* fait tout à coup sortir un jet de liquide de couleur brun foncé sale et contenant du pus; ce liquide répand une odeur si fétide qu'elle donne des nausées aux assistants. Il s'en écoule ainsi, tant spontanément que par la pression, environ un demi-litre. La tumeur a disparu, il ne reste plus que de l'empâtement; le son est aussi un peu revenu. Devant ce résultat, il est convenu de ne pas aller plus loin ; il était évident que la typhlite primitive avait cédé le pas à la pérityphlite, laquelle, comprimant sans doute l'intestin de l'extérieur à l'intérieur, était devenue la cause la plus sérieuse de l'obstruction et du mauvais état général. Le phlegmon péri ou para-cœcal étant vidé, le cours des matières allait pouvoir reprendre, et s'il ne reprenait pas, l'intestin étant au fond de la plaie, il serait bien facile d'aller l'ouvrir par une opération ultérieure. L'odeur extrêmement fétide du pus et son aspect avaient d'abord fait penser à M. Labbé qu'il existait une fistule stercorale, communiquant avec le foyer du phlegmon : mais à aucun moment nous n'avons trouvé trace de matières fécales dans le liquide sorti de la plaie. Il avait seulement une couleur sale et une odeur horriblement infecte; l'épingle-nourrice, dont le drain était traversé, devenait en quelques heures toute noire, de blanche qu'elle était.

On laissa la plaie ouverte et on y passa un drain; sur le tout on appliqua de la charpie phéniquée et le pansement de Lister : immédiatement après l'opération, la température du malade avait baissé d'un degré et trois dixièmes et le pouls était devenu presque normal (80). Il n'y eut pas de selles dans la journée. Le lendemain 13, voyant que la température remontait (38°,7), je fis donner des lavements froids, tant pour diminuer la température que pour exciter l'intestin : en effet le soir nous obtenions une première selle, liquide, il est vrai, mais contenant évidemment des matières délayées. Prescription convenue avec M. Lécrcohé : continuer les lavements, potion avec alcool et extrait de quinquina, grogs glacés.

Le 14, le malade n'avait plus que 37°,8, mais il

présentait sur les membres inférieurs, le ventre et les fesses, de nombreuses pustules d'ecthyma, et de larges plaques sanguines, ecchymotiques siégeant, sous l'épiderme.

Les lavements produisent deux selles contenant une grande quantité de matières d'une couleur gris jaunâtre, et d'une odeur infecte. Je remarque deux morceaux de la grosseur d'une mandarine, dont l'aspect est curieux. Ils ont une forme concave d'un côté, convexe de l'autre; la partie concave est lisse et comme polie; la partie convexe, au contraire, présente des sillons assez profonds et des reliefs qui rappellent les bosselures du gros intestin. Je retrouve encore deux morceaux semblables dans les selles du lendemain qui ont été très abondantes, mais ne se sont produites aussi qu'à la suite des lavements.

La quantité des matières rendues après l'opération montre bien qu'il y a eu obstruction intestinale et arrêt complet du cours des matières fécales. La forme spéciale de celles que j'ai décrites plus haut semble indiquer que le passage s'est fait d'abord au centre de la masse fécale, l'intestin restant encroûté sur ses parois, à la façon des conduits mal entretenus; peu à peu, les lavements ont élargi le passage, soit en délayant les matières, soit en faisant contracter l'intestin; mais ils n'ont agi qu'après l'opération, ce qui amène à supposer que le calibre de l'intestin se trouvait totalement écrasé par la collection du liquide produit par la pérityphlite. La typhlite a donc été le premier accident, puis la pérityphlite consécutive a pris le pas sur la typhlite proprement dite, et a amené un obstacle dont il était impossible de triompher par une médication interne.

Le malade est pansé trois et quatre fois par jour à cause de l'odeur insupportable que répand sa plaie, et chaque fois on lave celle-ci avec l'eau phéniquée étendue.

Le 16, vers six heures du matin, M. F. est pris d'une hémorrhagie dont on ne s'aperçoit pas immédiatement. Quand on me fait appeler, je trouve mon malade plein de sang; sa plaie est couverte de caillots qui me paraissent assez solides pour opposer une barrière à l'hémorrhagie; je les laisse donc en place, et mets quelques morceaux d'amadou vers le milieu de la plaie où il existe encore un suintement assez abondant; je couvre le tout de charpie, et d'une éponge imbibée d'une eau hémostatique, et établis une légère compression. M. Labbé voit le malade le soir et est d'avis de laisser les choses en l'état jusqu'au lendemain. Le sang est complètement arrêté. Mais, pendant ce temps, le malade, qu'on n'ose remuer, ne prend pas de lavement et, par conséquent, ne va pas à la selle; en outre, les caillots de la plaie arrêtent l'écculement du pus; aussi, dès le 17, la température monte à 39°,1; Pouls 100. — Œufs frais; bouillon avec infusion de viande crue; lavements : deux selles.

(*à suivre*).

MÉDECINE PRATIQUE

LA THÉRAPEUTIQUE MODERNE DES MALADIES DE L'ESTOMAC.

(Régime lacté, lavage et gavage.)

Nous pensons n'être contredit par aucun praticien, si nous avançons que l'estomac est l'organe le plus malaisé à soigner, quand il est malade.

Pour justifier notre affirmation, nous n'avons qu'à analyser les causes de la difficulté inhérente à la thérapeutique des gastropathies : l'impossibilité de faire reposer absolument l'organe malade; la nécessité d'utiliser, comme voie d'introduction pour les médicaments qui pourraient amener la guérison, précisément la muqueuse gastrique rendue réfractaire à l'absorption par son état morbide; la longueur et les récidives fréquentes de la plupart des affections de l'estomac, leur tendance à la chronicité; enfin, et surtout, l'état mental et moral des malades qui, désolés de ne pas trouver une guérison rapide, se rebutent bientôt de chaque médication, veulent sans cesse en essayer une nouvelle et font littéralement le désespoir de leur entourage et de leur médecin.

Point n'est donc besoin d'insister pour faire apprécier quels sérieux services rendent chaque jour aux praticiens les progrès vraiment remarquables, accomplis de notre temps, dans la thérapeutique des maladies de l'estomac.

On peut les résumer brièvement en disant que ces progrès ont consisté, d'une part, à chercher dans l'hygiène alimentaire plutôt que dans l'administration des médicaments, le soulagement des malades, d'autre part, à faire dans certains cas, une véritable médication topique, en assimilant les lésions cachées de l'estomac à une plaie quelconque de la surface du corps, à laver et à *panser* littéralement l'estomac, suivant l'heureuse expression employée un jour par M. Constantin Paul. (1).

Aussi, sans vouloir entrer dans les détails de la thérapeutique spéciale à chaque maladie de l'estomac en particulier, nous allons essayer d'être utile à nos lecteurs en résumant ici les nombreux travaux publiés depuis quelques années sur les deux ou trois grandes méthodes thérapeutiques applicables aux maladies de l'estomac en général, et inaugurées ou définitivement fondées par les contemporains : le régime lacté, le lavage de l'estomac et l'alimentation artificielle.

I

Du régime lacté.

Les excellents résultats produits par l'usage du lait dans les maladies de l'estomac ne sont plus à démontrer. Nous citions, dans notre dernier article, l'opinion de Cruveilhier qui considérait le lait presque comme un spécifique contre l'ulcère simple. Aussi cette prescription — régime lacté — est-elle devenue absolument banale dans la bouche de tous les médecins d'aujourd'hui, aussitôt qu'on a diagnostiqué une affection gastrique; je dirais presque trop banale, si l'union de ces deux mots ne formait un pléonasme.

(1) Bull. de Thér. 1881.

Car il ne suffit pas de dire un malade : buvez du lait, pour qu'il guérisse ; il faut encore lui indiquer la manière de prendre cet aliment-médicament, savoir discerner les cas dans lesquels convient la diète lactée complète, ou le régime mixte. Il faut s'attendre à ce qu'un assez grand nombre de malades répondront qu'ils ne peuvent pas souffrir le lait; il est bon de prévoir la lassitude que ne tarderont pas à montrer ceux même qui l'auront accepté avec plaisir, au début du traitement. Autant de points spéciaux sur lesquels il faut avoir réfléchi avant de s'embarquer, qu'on me passe l'expression, pour une cure par le lait.

Et d'abord, quand nous donnons du lait à un malade, quels sont les principes chimiques que nous introduisons dans son organisme?

Le lait, dit Gubler, se compose d'une solution aqueuse de *caséine*, substance albuminoïde, de sucre de lait ou *lactine*, (matière ternaire fermentescible, comme le prouve la liqueur spiritueuse obtenue du lait de jument, le koumys); de lactates, phosphates et sulfates à bases alcalines et terreuses ; solution tenant en suspension des globules de beurre émulsionné. Le beurre fournit des acides butyrique, caproïque et caprique qui sont volatils. L'acide lactique est mis en liberté par la fermentation.

Eau, matières protéiques, graisses, hydrocarbures, sels minéraux s'y trouvent dans des proportions convenables. Baumes avait donc raison de dire que le lait est le type des aliments médicamenteux, et quatre litres de bon lait de vache renferment la somme totale d'aliments nécessaires à l'adulte pour que son organisme ne soit pas en déficit (Strauss (1). Dans la diète lactée rigoureuse, l'alimentation du sujet est assurée dans des proportions suffisantes. La diète lactée a été définie par Sydenham, « l'usage du lait seul, soit cuit, soit cru, à l'exclusion de toute autre substance, si ce n'est par hasard un peu de pain une seule fois par jour. »

La condition pour que le lait seul suffise à l'alimentation, c'est qu'il soit digéré et absorbé. Il ne doit pas déterminer de diarrhée.

Trousseau, Fonssagrives, Jaccoud, sont unanimes à constater que l'usage du lait constipe.

Il est indispensable d'administrer le lait *à doses modérées*, un demi-verre à la fois, puis un verre, *à intervalles réguliers*. On ne doit point dire au malade de boire du lait autant qu'il voudra et comme il voudra (Korell).

« Toutes les fois que la chose est possible, le lait doit être pris au moment même où il sort du pis de la vache, ayant été recueilli dans un vase tiédi à l'avance; car le lait à sa température initiale est plus facilement digéré et provoque moins de flatuosités (Jaccoud) (2). » A domicile, le lait peut être pris à une température de 35 à 40° dans l'automne, l'hiver et le printemps ; froid, dans la saison chaude.

Ingéré à chaud, le lait bouilli est franchement lourd et indigeste, il faut donc le laisser refroidir après l'ébullition (Strauss).

Klebs (1) ayant avancé que le lait provenant de vaches tuberculeuses peut engendrer la tuberculose chez des animaux de différente espèce, et les trois quarts des vaches devenant tuberculeuses en stabulation, on a pu se proposer de détruire les germes morbides par l'ébullition, quand on fait usage du lait des villes.

Au point de vue de *l'espèce* du lait, Gubler (2) dit : le lait de *brebis* est plus doux, plus riche en beurre que le lait de vache. Le lait de *chèvre*, moins chargé de beurre, renferme un caséum plus abondant, visqueux et ne se prenant pas en caillot. Le lait d'ânesse, le plus léger de tous, est pauvre à la fois en caséine et en matière grasse, mais riche en lactine, et se rapproche beaucoup à cet égard du lait de femme. Enfin le lait de *jument* s'éloigne aussi beaucoup du lait de vache par sa pauvreté en beurre et en caséum. Aussi, ajoute-t-il, l'expérience apprend que le lait de vache est le plus rafraîchissant; le lait de chèvre ou de brebis, le plus nourrissant; le lait d'ânesse le plus léger.

Fonssagrives et Strauss regardent le choix à faire entre ces espèces de lait comme étant, dans la plupart des cas, surtout une question d'approvisionnement facile, — ajoutons, et de prix. Le lait d'ânesse, par exemple. qui rend de si grands services dans les maladies du tube digestif chez les enfants, comme l'ont démontré Tarnier et Parrot, (3), coûte, à Paris, six francs le litre!

On peut *modifier le lait*, suivant certaines indications : l'addition de *lactose* ou de sucre de canne augmente sa richesse en hydrocarbures ; le *sel marin* le rend plus sapide et plus reconstituant (régime chloruro-lacté d'A. Latour); les alcalins (bicarbonate de soude, magnésie) les eaux minérales alcalines, l'eau de chaux, peuvent en faciliter la digestion. Plus rarement on pourra y ajouter des *acides* qui en amènent rapidement la coagulation ; on prévient la satiété en *aromatisant* faiblement avec quelques gouttes de rhum, de kirsch, d'eau d'anis.

Nous avons parlé du lait chaud ou refroidi; il est quelques cas (vomissements incoercibles, hématémèses), où on le donne avec avantage *glacé*.

Au point de vue de la *quantité*, Jaccoud admet trois procédés de médication lactée : *régime pur*, — *mitigé*, — *mixte*.

« Le régime pur ne comprend absolument que du lait à la dose de trois à quatre litres par jour ; d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures, le malade prend un grand verre de lait, et il ne reçoit pas autre chose. — Le régime mitigé comprend deux litres et demi de lait; le complément pour faire les trois litres est donné sous forme de potages additionnés de vermicelle, de de semoule, de tapioca; de plus, je fais prendre du pain, des biscuits, des œufs. — Le régime

(1) De la médication lactée. Cliniques.

(2) Dict. de Méd. et Chir. pratique.

(1) Arch. für. exp. Path. u. Pharm. 1873.

(2) Commentaires thérapeutiques.

(3) Acad. de méd. 1882.

mixte est constitué tout simplement par l'addition de deux litres de lait à l'alimentation commune; étant supposé que le malade déjeune à onze heures et dîne à sept heures, il prend dans l'intervalle de sept à neuf, le matin, un litre de lait en plusieurs fois, cela va sans dire, et un second litre l'après-midi, dans l'intervalle de trois heures et demie à cinq heures. Il peut, comme d'habitude, faire usage de vin à ses repas. »

Pour en finir avec les détails de la médication lactée, nous ajouterons que M. Debove emploie dans le traitement des affections gastriques une *poudre de lait* obtenue de la manière suivante : On fait évaporer du lait écrémé, la crême étant peu digestible, et on réduit en poudre fine le résidu sec; il suffit de faire dissoudre, *à chaud*, cette poudre dans du lait ordinaire, pour pouvoir faire ingérer deux ou trois litres de lait sous le volume d'un seul litre. Cent-vingt grammes de poudre de lait représentent environ un litre de lait pur. (1)

II

Du lavage de l'estomac.

C'est en 1802 qu'un médecin français, Casimir *Renault* proposa de vider mécaniquement l'estomac à l'aide d'une pompe dans les cas d'empoisonnement. Dupuytren en 1810 approuva cette méthode, puis elle tomba dans l'oubli, malgré les tentatives faites pour la restaurer en 1834 par Robert, et en 1837 par Lafargue, si bien qu'elle sembla absolument nouvelle, lorsque parut en 1867, le travail de Küssmaul qui affirmait au Congrès médical de Francfort, avoir guéri la dilatation de l'estomac par l'emploi de la pompe.

Ce procédé thérapeutique, ainsi ramené d'Allemagne en France, où il avait pris naissance, fut vulgarisé grâce à la traduction du mémoire original de Küssmaul, qui parut en 1870 dans les Archives de médecine.

Quelle conduite peut tenir le médecin, lorsqu'il doit traiter une rétention d'urine causée par la dilatation mécanique de la vessie?

Débarrasser, à l'aide d'une sonde ce viscère du liquide qui s'y est accumulé, en laver avec soin les parois avec une solution médicamenteuse capable de leur rendre la contractilité qu'une extrême distension ou qu'une inflammation chronique leur a fait perdre. Pourquoi ne pas agir de même vis-à-vis de l'estomac lorsqu'il se trouve dans des conditions analogues, puisque aucune raison anatomique ne s'y oppose? — Tel était le raisonnement de Küssmaul, et les nombreux succès obtenus depuis, par la méthode qu'il remettait en honneur, ont prouvé qu'il raisonnait juste.

Mais on s'aperçut bientôt que la déplétion mécanique de l'estomac n'était pas seulement utile dans les cas où cet organe est atteint de dilatation, mais que c'est encore le meilleur moyen de modifier la muqueuse toutes les fois qu'elle est atteinte dans son intégrité par un travail inflammatoire ou ulcéreux.

En effet, il est logique d'assimiler la muqueuse de l'estomac à la muqueuse buccale, par exemple, et de la panser par l'application de topiques exactement comme une plaie extérieure.

C'est ce point que mettait en lumière M. C. Paul dans une communication à la Société de thérapeutique intitulée : « Du lavage et du pansement de l'estomac » (1). MM. Dujardin-Baumetz, Bucquoy, G. Sée, Debove, ont contribué à généraliser l'emploi de cette méthode; mais ce fut surtout à l'ingénieuse simplification du Manuel opératoire par M. Faucher, que le lavage dut de pouvoir entrer dans la pratique journalière.

En effet, on s'était servi d'abord, pour vider l'estomac et y injecter des liquides, d'une sonde aspirante et foulante, ainsi que d'une pompe rigide dont l'introduction était fort désagréable au malade, et pouvait même n'être pas inoffensive, si le médecin manquait de dextérité. M. Faucher eût l'idée de substituer à la sonde rigide, une sonde molle en caoutchouc, et au corps de pompe, un entonnoir qu'on pouvait alternativement élever au dessus de l'orifice buccal et abaisser au dessous du niveau de l'estomac, de manière à faire couler au dehors, en vertu de la simple loi physique du siphon, les liquides contenus dans le viscère. L'introduction de la sonde elle-même peut se faire sans l'intervention du médecin, par de simples mouvements de déglutition du malade, lorsqu'il s'y est exercé.

Il n'est même pas nécessaire d'enduire le tube d'huile, de vaseline, ou de glycérine, corps gras qui laissent dans la bouche un goût désagréable; il suffira de tremper le tube dans *du lait. Une* marque saillante, tracée en un certain point, indique que l'introduction est suffisante, et que l'extrémité du tube se trouve dans l'estomac. On adapte alors l'entonnoir, on l'emplit de liquide, puis, au moment où celui-ci va disparaître, on abaisse rapidement l'entonnoir, et aussitôt le contenu de l'estomac vient refluer dans un seau placé entre les jambes du malade. Rien n'est plus simple, et tous les médecins qui sont au courant de cette pratique affirment qu'à partir de la quatrième séance, leurs clients peuvent eux-mêmes se pratiquer le lavage.

Il est bon de signaler pourtant quelques particularités.

Généralement, pendant la première introduction, le malade a peur de ne pouvoir respirer, sa figure devient pourpre, et ses yeux s'injectent. Ces phénomènes, uniquement dus à l'appréhension, disparaissent aussitôt que le malade consent à respirer largement, comme on le lui recommande.

Une deuxième difficulté naît de la facilité extrême avec laquelle certaines personnes sont prises de nausées, aussitôt que le tube arrive au contact du pharynx et de l'œsophage. Ce réflexe nauséeux cède toujours à des badigeonnages pratiqués pendant deux ou trois jours dans la gorge avec une solution concentrée de bromure de potassium. Hormi ces cas, il n'y a guère que les

(1) Société médicale des hôpitaux, août 1882.

(1) Février 1881.

spasmes œsophagiens si violents de certaines hystériques, les ulcérations extrêmement douloureuses de l'épiglotte chez quelques tuberculeux, ou des barrières mécaniques, tels que le rétrécissement cancéreux ou cicatriciel de l'œsophage, qui puissent apporter un obstacle réel à l'introduction du tube. Encore est-il que, chez les hystériques, le spasme étant rarement continu, il suffira, pour en triompher, de réitérer les tentatives à des intervalles plus ou moins rapprochés; on pourra aussi rendre l'introduction de la sonde tolérable aux tuberculeux, porteurs d'ulcérations de l'épiglotte, en touchant celle-ci avec un pinceau imprégné d'une solution de glycérine fortement morphinée.

Pour laver l'estomac on se sert habituellement d'une eau alcaline, soit naturelle, soit fabriquée artificiellement avec deux grammes de bicarbonate de soude, ou, suivant la pratique allemande, avec six grammes de sulfate de soude par litre.

Lorsqu'on veut, non-seulement laver, mais encore désinfecter l'estomac, on peut employer une solution d'acide borique à 5 grammes par litre d'eau, ou de résorcine à la même dose. (Andeer, Beaumetz). On peut aussi injecter, dans les cas de gastralgie, vingt grammes de sous-nitrate de bismuth dans un demi-litre d'eau, et, pour combattre la tendance aux hémorrhagies, une solution avec une cuillerée de perchlorure de fer par litre d'eau.

On fait, en général dans les lavages de propreté, passer dans l'estomac, de deux à cinq litres de liquide jusqu'à ce que celui-ci ressorte aussi limpide qu'il est entré.

Telle est la méthode merveilleusement efficace, à laquelle tant de malades ont déjà dû la guérison, ou l'amélioration de maladies chroniques de l'estomac, avec ou sans dilatation, réputées incurables jusqu'ici.

III

De l'alimentation artificielle, dite gavage ou suralimentation.

Bien que ce procédé thérapeutique soit surtout utilisé dans les maladies générales, telles que la tuberculose, ou les névroses, telles que l'hystérie, dans lesquelles la nutrition du malade périclite par suite de son dégoût pour les aliments, ou de son refus obstiné d'alimentation, nous croyons pourtant bon d'en dire ici quelques mots; car il peut être un auxiliaire précieux du lavage dans certaines maladies de l'estomac.

C'est M. Debove qui a eu le premier l'idée d'alimenter les malades d'une manière suivie, à l'aide du tube de Faucher, en introduisant dans leur estomac des poudres extrêmement nutritives et très facilement digestibles sous un petit volume.

Ces poudres alimentaires qui laissent bien loin, comme avantages, la viande crue hachée, sans en avoir les inconvénients, (le tœnia par exemple), sont constituées par de la viande de bœuf ou même de cheval, réduite en poudre presque impalpable; chaque molécule de viande peut ainsi être très facilement attaquée par le suc gastrique: ce qui explique que des malades dont les forces digestives sont cependant très diminuées, puissent en absorber des quantités vraiment énormes.

On emploie aussi des poudres féculentes, faites surtout avec de la farine de lentilles cuites.

Ces poudres alimentaires sont incorporées dans le lait à la dose d'environ deux cents grammes de poudre par litre, et le mélange, ayant ainsi la consistance et l'aspect du chocolat liquide, est versé lentement dans l'entonnoir introduit dans l'estomac, préabablement débarrassé par le lavage, des résidus de la précédente digestion.

On comprend combien ce procédé de suralimentation peut rendre de services pour le traitement des malades qu'une longue période de dyspepsie a réduits souvent à un état de dénutrition et de misère physiologique, contre lequel seraient insuffisants les toniques médicamenteux dont l'absorption est d'ailleurs problématique dans un estomac à ce point délabré. PAUL GERNE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

DROGUERIE MÉDICINALE.

Nous recevons, au sujet du projet d'association présenté par M. Bardon aux médecins des départements de l'ouest, une lettre fort intéressante du Dr Mignen. Nous nous empressons de la mettre sous les yeux de nos lecteurs, pensant que le témoignage absolument désintéressé de notre distingué confrère ne leur sera pas indifférent.

Les colonnes du *Concours* sont d'ailleurs ouvertes à toutes les opinions, et nous nous ferons un devoir de publier les objections, s'il s'en présente.

Dr A. GASSOT.

Montaigu, le 24 janvier 1883

Mon cher Confrère,

Dans les numéros 2 et 3 de cette année, le *Concours* invite ses membres à examiner le projet de M. Bardon et à vous transmettre leurs communications. Bien que personnellement désintéressé à l'heureuse réalisation de ce projet, je crois néanmoins devoir vous exprimer mon sentiment, ayant eu, dans l'intérêt des membres du syndicat de Montargis, à m'en préoccuper.

« Il est assez singulier dit le *Concours*, (n° 3), « que le médecin, autorisé par la loi à distribuer « des médicaments à ses malades, éprouve quel- « ques difficultés à se pourvoir des produits qui « lui sont nécessaires, *aux meilleures sources* « et au prix que paie le pharmacien lui-même.

« Il ne nous parait pas légitime qu'un certain « mot d'ordre, auquel *les maisons les plus re-*

« *commandables* ne peuvent se soustraire, oblige « nos confrères à se contenter d'un à peu près, « et à subir une surélévation de prix que rien ne « justifie. »

Ces réflexions sont si justes que j'ai cru bon de les reproduire ici. Elles résument parfaitement les plaintes que nos confrères ont le droit de formuler et dont ils ont le moyen de faire cesser la *légitimité* en se syndiquant.

Non seulement MM. les Pharmaciens ne veulent pas reconnaître aux médecins le droit légitime de vendre des médicaments, mais encore ils empêchent les grandes maisons de droguerie, fondées par eux, de leur en fournir.

C'est ainsi que M. *Genevoix*, succédant à M. *Dorvault*, crut devoir envoyer à tous les pharmaciens de France une circulaire dans laquelle il leur affirmait que, dorénavant, la *Pharmacie centrale* ne délivrerait plus de médicaments aux médecins, bien que, de ce chef, le chiffre d'affaires de la maison qu'il dirigeait dût subir une perte de plusieurs centaines de mille francs. Il paraît, en effet, que les demandes des médecins portent, en général, sur les médicaments qui donnent le plus de bénéfices.

Aujourd'hui — et je n'ai pas à en rechercher les raisons — M. Adrian n'est plus ostensiblement le droguiste des médecins.

Et si j'étais dans l'obligation de fournir à mes malades leurs médicaments, j'avoue que je serais assez ennuyé de cette situation nouvelle, parce que, à tort ou à raison, il me répugnerait de m'adresser aux maisons de second ordre. J'ai entendu formuler bien des plaintes contre ces dernières : je ne veux point m'en faire l'écho, et, du reste, j'aime à croire qu'elles n'étaient pas fondées. Mais ce que l'on m'affirme c'est que le médecin, qui, dans l'Ouest, a recours aux droguistes de la région, paie les médicaments un prix supérieur à celui que paie le pharmacien, ou celui qu'il paierait lui-même dans une maison de premier ordre. Ceux d'entre nous qui sont entrés, sous le patronage du *Concours*, en relations avec la maison Adrian, y gagnaient sous le rapport de la garantie de pureté du produit peut-être, mais sûrement sur leur prix d'achat.

Il est loin de ma pensée d'incriminer les droguistes de notre pays. Ils sont tenus de donner à leurs clients d'assez longs délais de paiement; il leur faut des voyageurs qui augmentent leurs frais généraux; et, enfin, un capital considérable est immobilisé pour le fonctionnement de leurs maisons. Mais c'est l'intérêt du médecin qu'il me faut seul envisager, et rien ne me paraît plus légitime de sa part que d'essayer de réaliser, pour lui-même, les bénéfices qu'il procure au droguiste et de s'assurer en même temps la pureté parfaite des produits qu'il emploiera.

Pour cela, que les médecins fassent entre eux ce qu'ont fait les pharmaciens, qu'ils suivent l'exemple qui leur a été donné.

C'est là ce que leur propose M. Bardon.

Dans une circulaire qu'il a adressé à tous les médecins intéressés de l'Ouest — et qu'il enverra à ceux qui voudront bien la lui demander — il exposé son projet que je vais essayer de résumer :

1° Chaque médecin souscrirait un nombre d'actions de 500 fr. chacune, dont le total représenterait le prix des médicaments qui lui sont nécessaires chaque année. Ainsi, un médecin qui vend pour 1000 fr. de médicaments par an, prendrait deux actions, et serait, de la sorte, engagé moralement à demander à la droguerie sociale pour pareille somme de médicaments. N'aurait-il pas intérêt à être consommateur d'une maison de laquelle il est actionnaire?

2° Les médicaments seraient achetés de première main, sur échantillons essayés, et chacun dans les maisons dont le cachet est reconnu le meilleur, sur le contrôle du comité de surveillance nommé par les actionnaires. Le pharmacien-gérant n'aurait, du reste, aucune raison — même s'il agissait sans contrôle — d'acquérir, à bas prix des produits de qualité inférieure, puisqu'il ne pourrait profiter des bénéfices.

3° La droguerie médicinale fournirait aux médecins, qui, seuls, seraient admis à être actionnaires.

En un mot, le médecin deviendrait son propre droguiste; il serait le client assuré de la maison qu'il a fondée; il partagerait tous les bénéfices.

Quels seraient donc ces bénéfices?

« Dans la droguerie médicale proprement dite, « (1), et avec les prix actuellement en usage, les « bénéfices nets réalisés sont en moyenne de 25 à « 30 0/0 du chiffre d'affaires, et cependant, étant « donnée la différence qui existe entre les prix « d'achat et les prix de vente, ils devraient être « encore plus élevés, n'était la proportion considérable dans laquelle les dépenses occasionnées « par les voyages des représentants entrent dans « les frais généraux. » (*Circulaire Bardon*, « *p*. 5.).

....« Il n'est donc pas téméraire de dire que les « bénéfices réalisés, annuellement, seraient en « moyenne de 40 0/0, puisque ceux que font les « maisons ordinaires, qui se trouvent dans des « conditions d'infériorité indiscutable, sont de « 25 à 30 0/0.

« De ces bénéfices supputés, on ferait, dans ma « pensée, deux parts : l'une, consacrée à abaisser « le prix de vente des produits, et l'autre à rémunérer les capitaux engagés dans l'entreprise.

« Si, donc, le bénéfice à réaliser étant de 40 0/0, « on décidait que 25 0/0 seraient consacrés à « faire un rabais de même proportion sur les « produits de la maison, les 16 0/0 restant, représentant l'intérêt et le dividende, seraient « portés à la fin de l'année au crédit de l'actionnaire. » (*Circ. Bardon*, *p*. *6*.)

Je cite ces chiffres sans les critiquer, mais des confrères qui font la pharmacie ne les ont pas trouvés exagérés.

Tel est, résumé dans ses lignes principales, le projet de M. Bardon. Voilà plus d'un an qu'il m'a fait l'honneur de me le communiquer; depuis un

(1) Il s'agit ici des maisons de droguerie de notre région en particulier.

an j'y songe pour ainsi dire chaque jour, et je dois reconnaître que je ne trouve pas d'objections à y faire, que je ne doute pas un instant de sa parfaite réalisation.

Mes confrères du syndicat de Montaigu, qui, les premiers, ont été instruits par moi de cette cette future création, ont donné à M. Bardon *l'adhésion en principe* qu'il sollicitait d'eux. Je sais que de nombreux confrères des départements voisins se sont joints à eux. Il ne me reste donc plus qu'à désirer que d'autres les imitent et, comme le dit le *Concours*, « prouvons une fois de « plus, que quand on est le *nombre* on peut ne su- « bir que des conditions légitimes et, si on le veut, « s'affranchir de toute tutelle en faisant soi-même « ses affaires ».

L'œuvre tentée par M. Bardon est éminemment utile ; elle est pratique, et je fais des vœux pour que son développement soit aussi rapide qu'il est nécessaire.

Je vous ai exposé, mon cher Confrère, mes sentiments en toute franchise. Vous savez combien il est loin de ma pensée de chercher à faire en faveur de M. Bardon une réclame malsaine. Que mes confrères apprécient, qu'ils jugent en connaissance de cause : pour moi, j'ai la conscience de dire *« c'est icy un écrit de bonne foy. »*

Veuillez agréer, etc. Dr MIGNEN,

Président du Syndicat de la Vendée.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

Des Anesthésiques chez les enfants. — L'emploi de ces substances offre moins de dangers chez l'enfant que chez l'adulte, et leur usage pourrait être d'une pratique plus générale. Le passage pour l'enfant de la veille au sommeil, de même que le besoin de ce dernier qui est plus impérieux dans l'enfant, peuvent être considérés d'une manière générale comme facilitant l'usage des anesthésiques. Cependant, quelques accidents non seulement désagréables, mais dangereux et spéciaux au jeune âge, sont provoqués par leur application. Citons les bronchopneumonies par excitation directe de l'appareil respiratoire, des troubles de la nutrition. des altérations de l'encéphale, quand on emploie fréquemment l'anesthésie, comme dans la chorée, la coqueluche, le trismus et particulièrement, avec des résultats si remarquables, dans l'éclampsie. La ténotomie, où l'opération est siugulièrement facilitée par la raideur du tendon, ne paraît pas réclamer l'anesthésie.

Le chloroforme est encore ici l'agent auquel on doit donner la préférence. Les contre-indications seront la faiblesse générale, l'épuisement suite, de diarrhées, les affections des voies respiratoires, des vices congénitaux, des organes de la circulation, et aussi une prédisposition marquée aux convulsions ; enfin, dans un âge plus avancé, l'anémie, suite de scrofulose. Voici quelques préceptes simples qu'il sera bon d'observer lorsque l'on voudra anesthésier un enfant : Le sujet sera à jeun au moins depuis deux heures ; s'il est très faible, on pourra lui faire prendre quelques gouttes de cognac, un quart-d'heure avant l'opération. Sous aucun prétexte, on ne donnera de chloral et on ne fera d'injection hypodermique de morphine pour prolonger le sommeil anesthésique. La température de la chambre devra être au moins de + 16° et l'on s'assurera de la pureté du chloroforme. On tâchera, autant que possible de profiter du sommeil naturel pour commencer ; l'enfant sera couché sur le dos, à l'aise dans ses vêtements, les deux mâchoires légèrement fixées l'une contre l'autre afin d'éviter le renversement de la langue. La corbeille d'Esmarch ou tout autre appareil sera tenue à une certaine distance de la figure, afin de ne laisser arriver les vapeurs que graduellement. Les appareils inhalateurs anglais ne sont pas pratiques chez les enfants. Plus le sujet est jeune, plus courte est la période d'excitation ; après quelques cris, quelques sanglots, quelques mouvements de la tête et quelques contractions légères des extrémités, l'insensibilité est complète. Il ne faut pas perdre de vue que, après quelques inhalations, les enfants retiennent souvent leur respiration. L'anesthésie se produit en moyenne en 1 à 8 minutes selon l'âge, avec une quautité de chloroforme variant de 2 à 10 grammes. La sensibilité se maintient le plus longtemps aux tempes et autour du nez, et chez les nouveaux-nés, la fontanelle se déprime pendant la période d'insensibilité. En général, on observe rarement des accidents dangereux et même des vomissements.

S'il survient de l'asphyxie, après avoir dégagé la langue si elle est renversée, on procédra immédiatement à la respiration artificielle. Le procédé de Sylvestre qui consiste à lever les bras repliés au-dessus de la tête et à les abaisser en pressant les parois thoraciques, est le plus simple. D'autres procédés sont le roulement d'après Marshall-Hall, la faradisation, et l'inversion, où l'enfant est balancé étant tenu par les pieds. Nous recommanderons moins l'acupuncture et l'électropuncture du cœur que quelques auteurs considèrent comme absolument mortelles. Il ne faut pas réveiller brusquement les enfants ; on les mettra dans un lit chaud en attendant le réveil naturel.

La rareté de l'asphyxie chloroformique dans l'enfance ne permet guère de donner la préférence à l'éther sulfurique. Tout au plus pourra-t-on l'employer chez des enfants cachectiques, car il est formellement contre-indiqué dans le plus léger catarrhe des bronches et même dans la salivation produite par l'évolution dentaire. La période d'excitation dure plus longtemps avec l'éther. Il occasionne des broncho-pneumonies, des diarrhées, de l'ictère. L'éthérisation chez les enfants déjà un peu grand, devra toujours être cherchée au moyen d'appareils d'inhalation, et on ne devra le donner que fortement mélangé d'air atmosphérique. Pour des opérations à faire sur la face avec le thermo ou le galvano-cautère, ou même pour les opérations à faire à la lumière, on ne peut pas employer l'éther a cause de la grande facilité avec laquelle ses vapeurs s'enflamment.

Le bichlorure de méthyle et le chorure d'éthyle ne présentant rien de bien remarquable en dehors de leurs prix élevés, on leur préfère toujours le chloroforme. Pour les opérations d'art dentaires et de petite chirurgie on pourra employer avec avantage le protoxyde d'azote

à cause du peu de durée de l'anesthésie qu'il procure L'emploi des vapeurs mélangées d'éther et de chloroforme pour neutraliser l'un par l'autre leurs effets sensibles, n'atteint pas le but que l'on se propose, et n'est pas à recommander pour l'anesthésie des enfants.

Affaire communale. — La commune de Saint-Georges s'est adressée à l'Assemblée des Etats de la Haute Autriche, à l'effet d'obtenir l'installation chez elle d'un docteur en médecine, en se basant sur la pénurie des médecins dans la région, et sur des particularités sanitaires propres à la commune elle-même. Cette demande est chaudement appuyée par sa grandeur l'évêque de Linz. Il a déjà été démontré, dans plusieurs journaux compétents, que cette pénurie de médecins n'existe ni en Autriche ni ailleurs, et tout au plus pourrait-on dire qu'ils sont mal distribués. Il est cependant incontestable qu'il n'en serait pas ainsi, si les médecins trouvaient des moyens d'existence assurés dans les petites localités. Nous n'entendons pas par là, subvention de l'Etat ou de la commune, car nous ne pouvons malheureusement pas nous dissimuler que le médecin qui occupe une pareille situation, n'est souvent considéré dans sa commune que comme une espèce d'agent subalterne (1); de façon que son existence même dépend souvent de M. le Maire, de M. le Curé ou de M. le Pasteur. A-t-on déplu à l'un de ces messieurs, aussitôt il faut boucler sa malle et chercher un ciel plus clément.

Beaucoup de médecins ne cherchent pas les villes ni les endroits où l'on s'amuse, et se contenteraient de vivre dans de petites localités, si on voulait les y laisser en paix gagner leur pain, souvent si dur. Précisément, cette commune de Saint-Georges n'est pas bien venue à se plaindre de la pénurie des médecins car, depuis peu de temps, une grande variété de praticiens s'y sont mutuellement remplacés : il paraît démontré, en outre, que c'est plutôt la pénurie des moyens d'existence qu'autre chose, qui les a tous mis en fuite, le dernier est parti il y a à peine trois mois, et le Conseil municipal passe sous un silence prudent les motifs de son départ. Si sa grandeur l'évêque ainsi que ces messieurs du Conseil veulent les connaître, qu'ils sachent que c'est à la suite de déboires sans nombre qu'il s'est décidé « *à ne plus fumer dans la même pipe que le clergé de Saint-Georges.* »

On ne poursuivra pas le téméraire auteur de cet article, ni le journal plus téméraire qui a osé le publier. C'est avec raison, je ne crains pas de le dire, dussé-je attirer sur ma tête et sur celle du *Concours*, les foudres de tous les Conseils municipaux de la Bourgogne, si riche en foudres, Dieu merci ! où faut-il chercher cette différence de sensibilité dans les épidermes ? dans les vins du crû, ou peut-être, qui sait, dans le Cassis ?

Dr Fischer.

« *Extrait de la « Medicinisch-Chirurgisches Central-Blatt » de Vienne.*

(1) Sous-fifre, si on pouvait l'écrire, rendrait bien la pensée de l'auteur.

JOURNAUX ANGLAIS.

Traitement de la phthisie par le séjour aux stations élevées. — Dans un récent ouvrage, le Dr Hermann Weber étudie l'influence des localités élevées sur la marche de la phthisie. L'activité de la peau est augmentée, ses fonctions s'opèrent mieux. Les contractions du cœur et des tissus musculaires, entrant dans la structure des vaisseaux sanguins, prennent de l'énergie ; les battements cardiaques sont d'abord plus fréquents, puis se ralentissent pour devenir plus profonds et plus forts. Les muscles de la respiration s'hypertrophient, et probablement aussi les fibres élastiques du tissu pulmonaire. Dans les poumons des malades, le sang afflue en plus grande quantité, les échanges gazeux s'y font plus facilement. Le plus souvent l'appétit devient plus impérieux, la nutrition s'opère mieux, le sang s'enrichit d'éléments nouveaux, le système neuro-musculaire acquiert une puissance nouvelle. On s'accorde à reconnaître que l'amplitude du thorax s'accroît, sous l'influence d'un jeu respiratoire plus actif, et du surcroît d'exercice qu'on prend dans les excursions répétées dans les pays de montagnes.

Mais ce serait une erreur d'imaginer que tous les sujets puissent tirer profit du climat alpin, de Davos, par exemple. L'atmosphère y est quelquefois agitée, le ciel s'y charge de nuages et de neige ; les intempéries peuvent confiner le malade à la chambre, où il respire, sans qu'il soit renouvelé, un air chargé des organismes générateurs de la phthisie. Aussi, certaines catégories de malades y trouvent-elles plutôt des inconvénients que de l'avantage et, pour les raisons sus-énoncées, ont vu leur malaise augmenter au lieu de présenter l'amélioration cherchée. *(Med. Times and Gazette, oct. 1882).*

De la bromoménorrhée ou menstruation fétide, — par le Dr Wiltshire, médecin-accoucheur au Saint-Mary's Hospital, de Londres. — Les conditions anormales amenant le développement de cette affection se divisent en deux classes principales : celles qui sont dues à l'état général, et celles qui résultent d'une lésion locale ; ces deux ordres de causes peuvent d'ailleurs se réunir sur le même sujet.

Les altérations de l'état général sont la chlorose, et les autres dyscrasies du même ordre. Dans la chlorose, quand la menstruation n'est pas supprimée, elle est d'ordinaire peu abondante. Le plus souvent le liquide excrété est pâle, et parfois même verdâtre. C'est alors qu'existe l'odeur fétide, peu prononcée souvent, et disparaissant avec l'écoulement. La mauvaise odeur résulte de la décomposition des éléments sanguins, et lorsque, malgré son peu d'abondance, le liquide sort difficilement, il y a commencement de décomposition et la coloration verte est due à l'altération de l'hémoglobine.

Les altérations du sang, autres que la chlorose, amènent probablement les mêmes déviations fonctionnelles.

Il est intéressant à noter que la sécrétion de l'ozène devient plus fétide encore au moment du flux menstruel, les vomissements des femmes sujettes aux hématémèses, prennent, à ce moment une odeur spéciale rappelant celle des règles.

Les causes locales de cette infirmité sont variées. — 1° La rétention probable et la décomposition des caillots, des débris par un obstacle mécanique, sténose ou flexion de l'orifice utérin, ou inertie de cet organe, pour expulser les caillots. — 2° La nature du flux menstruel, quand existent certaines conditions morbides de l'organe, polypes, subinvolution siégeant au lieu d'implantation du placenta, après les avortements ou la rétention du

délivre ; quand il y a des papillomes développés sur l'endo-muqueuse utérine, dans les cas de sarcomes, épithéliomes, corps fibreux, et autres tumeurs intra-utérines, si l'écoulement n'est pas assez abondant pour entraîner les débris d'exfoliation de la muqueuse de l'intérieur de l'utérus.

Quand la rétention semble due à un défaut d'expulsion, il faut donner les ocytociques, tels que quinine, cinnamone, borax, viorne et médicaments similaires. S'il n'existe pas une maladie notoire du sang, le praticien songera à un obstacle local, et se livrera à l'examen, s'il est possible.

Quand il y a subinvolution au point d'insertion placentaire, il faut, en outre, donner à l'intérieur des préparations astringentes, le fer, la noix vomique, et l'arsenic.

Les cas les plus rebelles sont dus à la maladie de l'endo-muqueuse utérine. Quand, chez une femme d'âge moyen, saine jusqu'alors, on voit survenir un écoulement nauséabond, on doit le regarder comme l'avant-coureur d'un cancer; et malheureusement, les pauvres malades. ne réclament des soins qu'au moment ou leur état est au-dessus des ressources de l'art. La nature du liquide excrété fait d'ordinaire reconnaître les polypes et les autres tumeurs.

Quand cela est possible, il faut extirper ces tumeurs; le papillome sessile doit être enlevé par érosion au moyen de la curette, puis cautérisé soit avec l'iode, soit avec les acides chromique ou nitrique, ou plus rarement le cautère actuel. Les récidives ne sont pas rares ; il faut autant que possible faire l'examen microscopique, qui souvent permettra d'établir le pronostic.

Outre le traitement chirurgical, dans les cas de broménorrhée, suite de chlorose, on obtient les meilleurs résultats de la médication tonique et, en particulier, de l'iodure de fer, qui amène la reconstitution du sang. Dans tous les cas, on peut administrer l'acide borique, les sulfo-carbonates, la salycine, la quinine et l'iode, à l'intérieur pour diminuer l'état fétide.

Les applications de glycérine unie à l'acide borique, de teinture d'iode étendue, d'acide carbolique, peuvent être employées aves succès. L'iodoforme mêlé à l'huile d'eucalyptus donne aussi un bon résultat. *(Med. Times and Gazette, 11 nov. 1882).*

Diverses influences pouvant modifier la digestion stomacale. — Le Dr Fleischer a fait des recherches, publiées dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, sur l'estomac de l'homme sain, pour savoir dans quels délais s'accomplit la digestion. A midi, il donne un aliment, six ou sept heures après, il vide l'estomac au moyen d'une pompe stomacale, et il a pu voir que, pour un même sujet, la période de digestion est sensiblement la même, d'un jour à l'autre, et variant, suivant l'individu observé, entre six et sept heures. Le lendemain d'une digestion normale observée, on donnait à l'estomac la même quantité du même aliment, avec addition d'un litre à un litre et demi d'eau, sans amener le moindre trouble de digestion, mais, le plus souvent, un demi-litre de plus ne cause aucun arrêt de la fonction, un second demi-litre ingéré en plus cause un ralentissement marqué. Un malade atteint d'une dilatation, même faible, et d'un catarrhe peu intense, digère bien en sept eures, mais s'il absorbe après son repas un demi-litre d'eau, la digestion dure notablement plus des sept heures. Un exercice violent prolonge la durée de la digestion, le repos même au lit ne le retarde pas.

Le Dr Fleischer a essayé l'effet de la chaleur sur le fonctionnement de l'estomac. Il a reconnu que l'application de cataplasmes chauds durant les cinq ou six heures qui suivent le repas, abrègent d'une heure la digestion gastrique ; le froid ne produit aucun effet.

Quand l'organe est sain, les médicaments qui activent la digestion chez les sujets malades, n'ont sur lui aucun effet. Si, au contraire, le suc gastrique est insuffisant, on peut, par de la pepsine ou de l'acide chlorhydrique, suppléer à ce qui y manque. Les expériences du Dr. Fleischer confirment l'opinion de Krestchy, que la menstruation peut ralentir la digestion, qui s'effectue, après la période cataméniale, dans le temps normale. Ces résultats nous guident au sujet des indications thérapeutiques à remplir dans les affections gastriques. Ils justifient la défense que font les hygiénistes, d'ingérer de grosses quantités de liquide, notamment d'eau froide, aux repas, et le conseil qu'ils donnent de prendre quelque repos après le repas. L'auteur prescrit en outre les applications de cataplasmes chauds dans les ulcères de l'estomac, comme accélérant la digestion, et donnant ainsi à l'organe fatigué une plus longue période de repos. Quand on trouve, dans les liquides aspirés de l'estomac, de l'acide chlorhydrique libre, il est inutile d'en donner d'autre, comme médicament. Dans tous les cas de dyspepsie, il est opportun d'ajouter de la pepsine, car nous avons des raisons de croire qu'elle fait défaut. *(Med. Times and Gazette, 11 nov. 1882).* Dr M. Picard.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DE L'ARRONDISSEMENT DE VALENCIENNES.

M. le Directeur,

Trente membres sur cinquante médecins de l'arrondissement font partie du syndicat.

Conseil syndical (de 1882, reélu pour 1883).

Président : Dr Canonne, (d'Anzin),

Vice-Président : Dr Lecerf, (de Valenciennes),

Secrétaire : Dr A. Manouvriez, (de Valenciennes),

Assesseurs : Dr Carpentier, (d'Onnaing),

Nutte, officier de santé, (de Denain).

Je regrette d'avoir tant tardé, quand je me rappelle votre empressement lors de notre fondation.

Dans notre Assemblée générale, en date du 17 décembre dernier, dans laquelle nous nous trouvions vingt-trois réunis, le conseil a eu la satisfaction de communiquer aux syndiqués le résultat heureux de son intervention dans une affaire de Justice de Paix, pendante entre un médecin *non syndiqué*, et un client ingrat, qui refusait de payer, sous prétexte qu'il y avait été mal soigné. Un juge de paix, avait réclamé notre arbitrage et avait condamné le client à payer.

Veuillez agréer, Dr A. Manouvriez.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris typ. de M. Décembre, 326, ruede Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

10 Février 1883 — Organe des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — N° 6

SOMMAIRE

BULLETIN

Ainsi que nous l'avions promis, nous allons faire connaître à nos lecteurs la commmnication que M. G. Sée a faite à l'Académie sur le traitement de la fièvre typhoïde. Cette communication comprend trois parties : Revue des méthodes proposées, discussion de la méthode de Brand en particulier, exposé de la méthode de M. G. Sée.

Toutes les méthodes connues se divisent en trois classes : Expectation; méthodes antiseptiques; méthodes antithermiques.

Le type officiel de la médication expectante comprend la tisane de chiendent nitré ou limonade nitrique, accompagnée de bouillon à l'hôpital, parfois d'eau vineuse, puis lavements et cataplasmes. Cette méthode classique, M. Sée consentirait à l'adopter, mais quant à ce qu'on nomme *expectation armée*, il ne souscrit à ses combinaisons que contraint et forcé, quoi qu'il advienne de ce traitement émietté des symptômes les plus minuscules, qu'on pourchasse sans méthode et sans raison.

Les méthodes antiseptiques ont pour but, ou pour prétention, de détruire les microbes qui produisent la fièvre typhoïde et leurs spores. Ces microbes spéciaux seraient les *baccilli* de Klebs ou ceux d'Eberth; mais ils débutent par les glandes intestinales, rarement par les bronchioles ou les alvéoles pulmonaires. Les baccilli restent dans le fond de ces glandes, s'avancent des parties profondes graduellement dans les muscles, dans les interstices lymphatiques, puis ils atteignent les ganglions mésentériques et les lymphatiques de l'abdomen. On ne peut donc pas les atteindre dans les intestins. Cependant, M. Colin (d'Alfort) soutient que les bactéries et les baccilli n'agissent que dans les liquides en putréfaction. A ce point de vue, les antiseptiques, qui sont en même temps antiputrides, pourraient être utiles. Les principaux antiseptiques sont : 1° le chlore, 2° les mercuriaux, 3° les sulfates et hyposulfates, 4° l'iode, 5° le groupe de la série salicylique, 6° l'acide phénique, 7° le thymol, 8° l'acide *benzoïque*.

La plupart de ces antiseptiques, et surtout ceux de la série aromatique, ont le pouvoir antithermique, et c'est pourquoi, sans doute, ils n'ont pas été bannis de la thérapeutique comme ils méritaient de l'être.

Parmi les antipyrétiques et antithermiques on compte : 1° les bains froids, douches, etc. ; 2° les bains tièdes; 3° l'acide salicylique et le salicylate de soude; 4° le sulfate de quinine; 5° l'alcool. Enfin viennent la digitale, la vératrine et l'acide phénique.

L'orateur se réserve de parler avec développement de l'emploi du sulfate de quinine et de l'alcool, et passe rapidement sur les autres médicaments énumérés plus haut pour arriver à la question des bains froids. Disons, cependant, qu'il repousse l'emploi de la digitale et de la vératrine à cause des effets de dépression cardiaque, suivis de collapsus que ces deux médicaments produisent chez les fébricitants et surtout chez les typhiques. Quant à l'acide phénique, il ne procure l'abaissement thermique qu'au prix de sueurs profuses et de l'affaiblissement du pouls ; en outre, il expose les malades aux complications broncho-pulmonaires et au collapsus.

La médication par les bains froids est très mal conçue, d'après M. Sée, au point de vue physiologique et clinique, et ses résultats ne sont nullement en rapport avec les prévisions de la théorie.

D'ailleurs depuis Brand, le père de la méthode, dont les recherches datent déjà de dix-huit à vingt

ans, jusqu'à l'époque actuelle, la plupart des médecins allemands sont en désaccord, non-seulement sur les résultats du traitement, mais encore sur le mode d'emploi du bain froid.

Brand plonge tous les fiévreux, quels qu'ils soient, dans le bain froid, et cela dès les deux ou trois premiers jours de la maladie, attribuant la principale cause de ses succès à la promptitude avec laquelle il emploie la médication. On a, dit-il, d'autant plus de chances de succès que l'on soumet les fièvreux à la balnéation dès les trois premiers jours de la maladie, or, il n'échappera à personne que le diagnostic de la fiévre typhoïde étant très difficile à déterminer dans les trois et même dans les cinq ou six premiers jours de la maladie, Brand s'expose ainsi à appliquer sa méthode à des maladies tout autres que la fièvre typhoïde : fièvres catarrhales, embarras gastriques fébriles, etc. On comprend combien il est aisé de rendre ainsi les statistiques très favorables à l'opinion que l'on soutient.

Nous avons aussi la statistique de Liebermeister, de Bâle, qui nous donne les chiffres suivants :

Pendant une première période de vingt ans, 1844-1864, c'est-à-dire avant l'introduction de la médication par les bains froids, la mortalité de la fièvre typhoïde était de 27 p. 100; depuis 1875, époque de l'application de la méthode, cette mortalité est descendue à 9 1/2 p. 100. Voilà, certes, de beaux résultats, mais il ne faut pas oublier qu'ils ont été obtenus par une médication complexe dans laquelle figurent, à côté des bains froids, le sulfate de quinine et l'acide salicylique. Il est difficile de faire la part de chacun des moyens employés.

M. Ziemsem (de Munich), au lieu de plonger ses malades dans un bain à 20° C.. comme Brand, les met dans un bain dont la chaleur portée d'abord à 32°, est diminuée graduellement jusqu'à la température finale de 22 et 20°. Il obtient cependant les mêmes succès que ses collègues.

M. Riess a été un partisan enthousiaste de la médication par les bains froids, puis il a abandonné les bains froids pour l'acide salicylique dont il a été non moins enthousiaste. Il a laissé l'acide salicylique aujourd'hui, et il plonge ses fiévreux dans des bains chauds et les y maintient pendant des journées entières; il déclare que cette médication par les bains chauds lui donne des résultats merveilleux : il en disait autant des bains froids et de l'acide salicylique.

Les statistiques allemandes sont absolument défectueuses; il reste alors à se demander si la médication par le bain froid est justifiée au point de vue de la physiologie. Les partisans de cette médication supposent sans doute que le corps humain, plongé dans un bain froid, s'y refroidit comme un morceau de métal. Ils oublient que le corps humain est un organisme possédant la faculté de reproduire la chaleur au fur et à mesure qu'elle lui est soustraite.

Lorsque le corps est plongé dans le bain froid, il se produit une constriction des vaisseaux superficiels, le sang est refoulé à l'intérieur et la chaleur est, dès lors, plus difficile à soustraire.

En outre, pendant le bain froid, il se produit, dans l'organisme, en vertu de la faculté calorigène, une quantité considérable de chaleur en plus ; si bien que l'on n'a, en somme, absolument rien obtenu au point de vue de l'abaissement de la température générale; ce n'est qu'à la longue, et lorsque la durée du bain est portée jusqu'à vingt et trente minutes, que l'on constate un notable abaissement de la température du corps; mais alors l'individu court grand risque de ne pouvoir se réchauffer.

Autres inconvénients du bain froid : les combustions, les oxydations organiques sont augmentées ; l'absorption de l'oxygène est plus grande, l'exhalation de l'acide carbonique est beaucoup plus considérable. Un individu qui, avant le bain, rend 13 grammes d'acide carbonique, en exhale 15 grammes dans un bain à 32°, 22 grammes dans un bain à 25°, 29 grammes dans un bain à 18°. L'analyse a démontré également que la quantité de l'urée est augmentée par le bain froid, dans les mêmes proportions.

Dans une maladie, comme la fièvre typhoïde, où les combustions et les oxydations organiques déjà exagérées font disparaître tissus, graisse et albuminates, le bain froid ne fait qu'augmenter les dépenses et par conséquent la consomption. Aussi s'efforçe-t-on, à Lyon par exemple, d'augmenter l'alimentation : mais pour couvrir les pertes produites par la médication, il ne faudrait pas moins de 3900 grammes de beefsteak, et l'on ne peut cependant guère offrir aux typhiques que des aliments liquides ! Il est donc impossible d'établir l'équilibre entre les recettes et les dépenses.

Mais, ce n'est pas tout : il est démontré par l'observation clinique que les malades plongés dans les bains froids sont exposés à des congestions, à des hémorrhagies, à des inflammations des organes internes; on a observé à Lyon, comme en Allemagne, des pneumonies survenues à la suite des bains froids; et ce ne sont pas des pneumonies hypostatiques, si fréquentes dans la fièvre typhoïde, mais des pneumonies franches, uniquement imputables à la médication par les bains froids. En outre, l'introduction des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde a augmenté les cas d'hémorrhagie intestinale. M. Germain Sée, en particulier, a vu se produire dans son service, par une série des plus malheureuses, des hémorrhagies intestinales chez le quart ou le cinquième de ses malades soumis au bain froid.

Enfin, si les bains froids ont pour effet, comme le prétendent les partisans de la méthode de Brand, de relever les forces du malade, comment se fait-il que Liebermeister dise qu'ils sont contre-indiqués par l'état de faiblesse du malade, parce qu'ils augmentent la faiblesse générale du cœur ? Il y aurait alors à craindre, d'après cet auteur, une réfrigération trop considérable non suivie de réaction, et pouvant ame-

ner, comme il en a vu des cas, la cyanose, le collapsus, la syncope.

Il ya donc des contre-indications très sérieuses à l'usage de la balnéation : les partisans de ce traitement ne le nient pas. Or, la méthode est, en elle-même, contraire aux lois de la physiologie, et l'observation clinique en a montré les graves inconvénients ; restent les statistiques : nous avons vu ce qu'il fallait en penser.

M. Sée n'hésite donc pas à déclarer que la méthode de Brand est incertaine dans son mode d'application comme dans ses résultats ; elle expose aux dangers les plus redoutables. Il lui préfère de beaucoup une autre méthode plus sûre et inoffensive qui consiste dans l'emploi de deux agents principaux : le sulfate de quinine et l'alcool.

Nous remettons à notre prochain Bulletin l'exposé de la méthode de M. G. Sée.

Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

TYPHLITE ET PERITYPHLITE

Par le Docteur J. GEOFFROY.

(*Fin*).

Le 18, en pansant la plaie, et en comprimant le ventre de chaque côté, ainsi que je le faisais tous les jours, je vois sortir, pour la première fois, de dessous les deux lèvres, une assez abondante quantité de pus jaune bien lié; jusque là, le liquide ainsi obtenu était en faible quantité et renfermait bien du pus, mais avait une couleur gris sale et même noirâtre. T. m. 38°,7; s 39°,1.

Les jours suivants, la température varie de 38°, 6 à 37°,9 pour remonter encore le 22, à 38°,8 et 39°,2. Non-seulement le malade n'a plus besoin de recourir aux lavements depuis deux jours; mais il a de la diarrhée, accompagnée de sueurs plus abondantes qu'auparavant : cependant, le pus s'écoule librement par le drain. Je prescris le sulfate de quinine.

Depuis quelques jours, j'avais remarqué que les urines prenaient une teinte sombre. Le 22, on me présente le soir les urines que j'avais fait conserver depuis le matin : elles sont d'un beau vert olive. Il n'y avait plus de doute, mon malade s'intoxiquait par l'acide phénique, dont l'absorption se fait plus vite, on le comprend, dans les plaies abdominales que dans les autres. Je remplace donc l'acide phénique par l'alcool camphré : la température baisse lentement pendant deux jours et descend seulement le troisième à 37°, 5 le matin, 37°, 9, le soir; durant ce laps de temps, la teinte verte des urines devient de plus en plus claire et met de plus en plus longtemps à se produire: dans les premiers jours, il suffisait de cinq à six heures pour voir le phénomène ; à la fin, il fallait douze ou quinze heures et plus.

Le 27, il y a encore une hémorrhagie extrêmement abondante qui se fait par une veine de l'extrémité supérieure de la plaie. Cette fois encore je triomphe de l'accident par une compression méthodique, faite avec de la charpie, une éponge et des morceaux d'amadou, dont le premier, imbibé de quelques gouttes de perchlorure de fer, est placé directement dans la plaie et maintenu d'abord quelques minutes avec le doigt.

Le 29, la température remonte à 38°,8 et 39°,5; P. 100. Depuis un jour environ, on sentait, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, sur le prolongement de l'extrémité supérieure de la plaie, un point induré: la pression, en cet endroit, détermine la sortie d'une certaine quantité de pus. Bromhydrate de quinine, deux paquets de 0,30 dans la soirée.

Le 30, T. mat. 39°,8; P. 112; soir 38°,8; P. 108, la plaie est couverte d'un enduit grisâtre, peu épais et peu adhérent. Bromhydrate de quinine.

Le 31, T. mat. 37°,5; soir 39°,2. A la visite du soir avec M. Labbé, nous constatons la présence de véritables fausses membranes qu'il faut diviser pour enlever le drain. Cautérisation énergique au nitrate d'argent; Bromhydrate de quinine, deux paquets de 0,30.

A partir du 1er janvier 1883, la temperature varie de 37°,5 à 36°,6 : il n'y a plus ni mouvement de fièvre, ni transpiration; le malade dort bien, mange avec appétit, mais ne va à la selle qu'avec lavements. En somme, c'est le commencement de la convalescence. La plaie, dont on a enlevé le drain, diminue d'étendue par l'affaissement de ses bords, et la cicatrisation se fait du fond à la superficie; cependant, et probablement sous l'influence des temps si humides et si malsains que nous traversons, elle a toujours de la tendance à se couvrir de l'enduit grisâtre pseudo-membraneux que j'ai signalé et qui nécessite de nombreuses cautérisations au nitrate d'argent. Cette tendance même de la plaie aux fausses membranes, n'est-elle pas aussi, comme les hémorrhagies, comme la formation d'abcès secondaires après l'ouverture du foyer, comme les pustules d'ecthyma et les taches sanguines sous-épidermiques qui ont suivi l'opération, une preuve que l'économie tout entière était déjà infectée, au moment de l'opération, et que, si celle-ci avait été différée, il y aurait eu vraiment bien peu de chances de sauver le malade ?

Aujourd'hui, 28 janvier, la plaie est superficielle; encore longue de cinq centimètres et large de quatre à cinq millimètres seulement.

III. — *Réflexions.*

Si j'ai cru devoir publier cette observation dans tous ses détails, ce n'est pas dans un but de dénigrement ni de protestation contre le traitement adopté par plusieurs de mes maîtres dans un cas désormais célèbre, et qui s'est produit exactement dans le même moment que celui que je viens de relater ; il suffit de lire la precédente observation et celle dont M. Lannelongue à rendu compte, et que nous avons publiée dernièrement, pour saisir immédiatement les différences considérables que ces deux cas d'une même maladie présentaient dans leurs symptômes et, par suite, dans leurs indications.

Mais en relisant, à propos du malade que j'avais sous les yeux, tout ce qui s'est écrit en France sur la maladie qui nous occupe, j'ai acquis la certitude que nous étions trop disposés chez nous à faire de la typhlite et de la pérityphlite une maladie relevant exclusivement du domaine médical, qu'il faut bon gré mal gré abandonner à la thérapeutique interne et à

la nature plus ou moins *médicatrice*. Ce n'est pas l'opinion des Américains : je trouve en effet, consignée dans l'excellence thèse de M. Paulier, sur *la typhlite et la pérityphlite* (Paris 1875), l'indication suivante que je livre aux réflexions de nos lecteurs :

« Dans une note lue devant la Société médicale des Etats-Unis, à New-York, le 3 février 1875, (note traduite par M. Obet, médecin de la marine), M le Dr Gouley, chirurgien de l'hôpital de Bellevue à N. Y. insiste tout particulièrement sur la méthode qui consiste à ouvrir de bonne heure l'abcès pérityphlique pour prévenir son ouverture dans la cavité péritonéale ou en dehors.

« Cette incision prématurée, proposée en 1856 par M. le Dr Lewis et vulgarisée en Amérique par M. le Dr Parker, doit être pratiquée dès que les symtômes deviennent menaçants; il n'est pas même nécessaire qu'il y ait de la fluctuation, et M. Gouley croit qu'on peut la faire avant le septième ou le huitième jour. Quand l'abcès s'est ouvert spontanément à l'extérieur, il faut faire une large incision, agrandir l'ouverture, rechercher avec soin les corps étrangers, si l'on en soupçonne l'existence, laver le sac et remplir la cavité de charpie. On renouvelle le pansement tous les jours et généralement la guérison arrive en six semaines.

« Dans cette note, M. Gouley rapporte vingt-cinq cas de typhlite traitée par ce procédé, tant en Amérique qu'en Angleterre, et il y eut huit morts et dix-sept guérisons. »

Je partage absolument l'avis du Chirurgien américain sur la nécessité de l'ouverture prématurée, sans attendre la fluctuation, dès qu'il se produit des symptômes graves et menaçants; dans le cas particulier que j'ai rapporté, j'ai été assez heureux pour faire partager mon opinion à MM. Lécorché et Labbé, et je suis convaincu que cette intervention *opportune*, quoiqu'elle puisse être dite *prématurée*, a sauvé le malade. J'ajoute, cependant, qu'il y a une condition dont le Chirurgien américain ne parle pas d'une façon expresse, mais qui paraît résulter du texte que nous avons cité : cette condition, c'est la présence, dans la fosse iliaque, d'une tumeur dure, immobile et dépourvue de sonorité.

Restent deux questions que je vais traiter en quelques mots : celle du diagnostic et celle du pronostic.

En théorie, il semble qu'il devrait être facile de distinguer la typhlite de la pérityphlite; en pratique, lorsque les accidents remontent à quelques jours, cette distinction est souvent impossible, et la cause en est facile à comprendre : les deux affections existent à la fois, et si l'intestin est plein de matières, comme dans notre cas, il devient absolument impossible de se rendre compte de ce qui appartient au cœcum, et de ce qui appartient au tissu cellulaire péri- ou para-cœcal. Or, ce sont précisément ces cas qui, par les accidents qu'ils provoquent, réclament une intervention opportune : c'est ce qui fait tout l'intérêt de l'observation que nous publions.

La typhlite, avons-nous dit en commençant, est une maladie généralement bénigne, mais susceptible de complications très sérieuses; or, ces complications ne sont pas si rares qu'on le pense. La cause de cette opinion, peut-être trop optimiste, vient de ce que, dans presque tous les traités de pathologie interne, la typhlite et la pérityphlite suppurées sont englobées sous le titre trop général d'abcès de la fosse iliaque. Il est vrai de dire que, dans tous les cas, on n'a pas l'occasion d'assister aux premiers accidents de la typhlite ; quand on voit les malades, l'abcès est souvent déjà formé et l'origine peut en rester douteuse. Dans la thèse que nous avons déjà citée, et qui étudie avec grand soin ce point particulier, M. Paulier rapporte quarante-neuf observations de typhlite et pérityphlite : la suppuration a été observée vingt-quatre fois, c'est-à-dire dans la moitié des cas, et la mort seize fois, c'est-à-dire dans le tiersdes cas. La terminaison fatale a été le plus souvent le fait de la péritonite. Il n'est donc pas hors de propos de faire quelques réserves sur le pronostic de la typhlite, et il convient de ne jamais perdre de vue les complications dont elle peut devenir l'origine.

Si nous disons toute notre pensée, nous ajouterons que pour nous la typhlite est toujours accompagnée de pérityphlite suppurée ou non : les adhérences résultant de l'inflammation du tissu cellulaire, qui rattache le cœcum au facia iliaca, expliquent la fréquence des répétitions de la typhlite, le cœcum se trouvant anormalement fixé devient un tube plus ou moins rigide qui se prête mal au passage des matières et s'engoue facilement.

CHIRURGIE PRATIQUE

ETUDE SUR LES MALADIES DU TESTICULE, LEUR DIAGNOSTIC ET LEUR TRAITEMENT.

Les affections de la glande séminale ont une extrême fréquence; si bon nombre d'entre elles sont d'un diagnostic facile, bien souvent on est embarrassé en présence de certains cas, où des lésions complexes viennent obscurcir l'examen clinique du malade. Si le diagnostic est difficile, combien doit l'être davantage l'indication thérapeutique; car là, pas plus qu'ailleurs, le chirurgien ne doit se permettre une intervention quelconque sans avoir un diagnostic basé sur des raisons valables.

La pathologie du testicule est encore en grande partie à l'étude, et depuis vingt à trente ans, on s'efforce de donner une raison anatomique aux variétés de ses affections qui se trouvent signalées çà et là dans nos auteurs. Si depuis le travail de Curling (1857) (1), il n'a paru en France aucun traité complet des maladies qui nous occupent, nombre de monographies sont venues apporter une pierre à l'édifice, et augmenter les matériaux d'un travail que l'on attend. Il y a, dans tous ces travaux, tant de faits nouveaux, que nous avons cru important de faire ici un exposé général et rapide de toutes les acquisitions nouvelles de la science à ce sujet. Nous y ajouterons un certain nombre d'observations personnelles que nous avons recueillies depuis quelques années.

Pour faire cliniquement l'étude d'une affection quelconque de la glande séminale, il faut toujours suivre une méthode uniforme qui permette de ne rien laisser passer, et d'analyser exactement tous les faits qui peuvent intéresser le diagnostic.

L'appareil testiculaire se compose pour le clinicien de quatre parties : la *glande séminale*, en avant, l'*épididyme*, en arrière et en haut, la

(1) Curling. — Traité des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum, traduit et augmenté par Gosselin.

tunique vaginale, membrane séreuse en rapport avec l'un et avec l'autre, enfin le *cordon spermatique* ou canal déférent qui part de la partie moyenne et supérieure de l'épididyme pour remonter vers l'orifice du canal inguinal. Il faut apprendre à bien reconnaître sur un sujet sain ces diverses parties et quand on aura à examiner un malade, on devra les rechercher l'une après l'autre, constater si elles sont encore faciles à distinguer l'une de l'autre, si une seule ou plusieurs sont prises, enfin où sont les lésions prédominantes? Il est bien entendu, toutefois, qu'on se sera toujours assuré auparavant de la conformation du testicule sain, afin de rechercher s'il présente des anomalies dans sa situation ou dans celle de l'épididyme; je ne rappellerai pas ici les diverses inversions de cet organe. L'étude attentive des quatre points de repère forme, suivant l'expression pittoresque du professeur Trélat, la *quadrilogie* (1) *testiculaire*. La confusion indélimitable des diverses parties et, en particulier, du testicule avec l'épididyme, est toujours pour le savant clinicien un signe de la plus haute gravité, indiquant une désorganisation profonde due à la présence d'un tissu néoplasique.

Dans d'autres cas, les lésions peuvent être limitées à une partie : les tubercules de l'épididyme, l'épididymite blennorrhagique en sont des exemples. Enfin les deux termes qui semblent accessoires dans la quadrilogie, *le cordon et la tunique vaginale*, peuvent être altérés le plus souvent par retentissement de lésions voisines. Le cordon se gonfle par exemple dans le cancer, devient noueux dans la tuberculose; la vaginale s'enflamme dans certaines lésions aiguës de l'épididyme, se remplit de liquide dans d'autres à marche chronique. Notons, dès maintenant, que les collections liquides de cette cavité peuvent prendre assez d'importance pour motiver une étude spéciale (hydrocèle, hématocèle), tandis que, d'autres fois, elles ne surviennent que comme un épiphénomène, un décor accessoire, dans un autre cadre symptomatique.

Il est bon encore de tenir compte, dans l'étude que nous allons faire, de l'âge des malades et de l'époque de l'apparition de la lésion observée. Plusieurs maladies, en effet, sont congénitales (l'hydrocèle, les inclusions fœtales); d'autres surviennent dans le tout jeune âge, l'adolescence, enfin nombre de tumeurs sont le triste apanage de l'âge adulte et même de la vieillesse; nous verrons qu'elles ont des caractères différents.

On examinera aussi, avec le plus grand soin, si la marche da la lésion a été rapide, ou si elle a été chronique; si les phénomènes locaux sont inflammatoires ou torpides. Les antécédents morbides du sujet seront étudiés, des renseignements seront demandés à l'examen de la poitrine pour rechercher la tuberculose. L'examen du pénis, de la peau, des ganglions inguinaux, ou cervicaux pourra parfois déceler une infection syphilitique ancienne ou récente. Dans un cas, la constatation des antécédents rhumatismaux d'un sujet que nous obsrevions, nous a donné des idées pathogéniques dont nous parlerons plus loin.

La lésion est-elle inflammatoire, ou non ? l'est-elle d'une façon primitive ou secondaire, les parties molles des bourses participent-elles ou non à la phlegmasie? tels sont les problèmes multiples que le clinicien doit se poser et résoudre.

Mais on a pu quelquefois prendre pour une tumeur du testicule une lésion des parties qui l'avoisinent; il faut se mettre en garde contre cette erreur, qui peut se montrer dans trois cas; les tumeurs du scrotum, les hernies, les tumeur du cordon.

Les tumeurs du scrotum sont pariétales, elles font partie des parois des bourses; presque toujours on peut trouver le testicule mobile dans un point; elles siègent dans les parois latérales ou dans la cloison médiane, comme certains hématocèles pariétaux; la peau est, ou malade et atteinte d'un néoplasme, ou œdématiée et infiltrée de sang.

Dans les autres cas, on trouve sur le trajet du cordon une tumeur allongée qui se limite au-dessus du testicule d'une part et, d'autre part, au niveau de l'orifice inguinal. Cette tumeur ne peut être réduite dans l'abdomen, elle est fluctuante, et on a affaire à un *kyste du cordon*, lésion assez fréquente chez l'enfant et tenant à la non-oblitération d'une partie plus ou moins longue du canal vagino-péritonéal. D'autres fois elle est molasse, labulée ; c'est le *lipôme du cordon* que Curling a décrit avec soin.

Je ne rappellerai que pour mémoire le *varicocèle*, dont le volume, parfois considérable, peut gêner le diagnostic, mais dont le caractère *vermiforme*, au toucher, permettra toujours de reconnaître la nature.

Les hernies inguino-scrotales peuvent parfois remplir un côté des bourses et en imposer. Mais on remarquera que, dans ces cas, le canal inguinal est volumineux; la tumeur sonore, réductible ou non réductible, se continue toujours avec un pédicule intra-abdominal. Néanmoins, les hernies peuvent coïncider avec des tumeurs testiculaires, amener même, par leur présence ou par l'application de bandages contentifs, des lésions dont l'origine ne sera reconnue qu'en tenant compte de leur existence. Tel est le cas d'un malade dont M. le professeur Trélat rapportait l'observation dans sa leçon du 13 décembre dernier. Cet homme, âgé de soixante-quatre ans, présentait une tumeur du scrotum, à gauche, développée depuis quatre ans; elle était transparente et fluctuante. On trouvait, à la palpation, en haut, la hernie rentrant et sortant facilement, au milieu la tumeur liquide non réductible transparente, et, au-dessous d'elle, le testicule dont on pouvait nettement distinguer toutes les parties. Ce n'était donc pas une hydrocèle de la vaginale ou de l'épididyme. De plus, cette tumeur répondait à la partie inférieure du bandage herniaire que portait le malade. M. Trélat admit que c'était une pseudo-hydrocèle, un épanchement liquide enkysté dans une bourse séreuse produite au-dessous du bandage herniaire. La ponction donna

(1) Le mot *tétralogie* nous paraîtrait plus conformé aux règles d'une Saine étymologie. (*Note de la R.*)

issue à un liquide clair, citrin, tout à fait semblable à celui de l'hydrocèle simple.

On a reconnu que la tumeur appartient bien à l'appareil testiculaire, on exerce alors une palpation minutieuse des parties, en soutenant les bourses dans la main gauche, tandis que la droite en explore le contenu. Les signes que l'on obtient, résistance ou fluctuation, masses solides en majeure partie, masse liquide, permettent au clinicien de reconnaître immédiatement à laquelle des deux classes il aura affaire, des *tumeurs liquides* ou des *tumeurs solides*. Disons toutefois que certaines tumeurs liquides peuvent être tellement tendues ou bien avoir une paroi si épaisse qu'on sera très embarrassé : c'est ce que l'on observe dans certaines hématocèles.

Nous allons nous occuper d'abord des diverses tumeurs liquides les plus fréquentes, l'*hydrocèle* et l'*hématocèle*. Nous les rapprochons l'une de l'autre non seulement à cause de leur siège dans la tunique vaginale, mais aussi à cause des relations pathogéniques dont nous allons parler dans un instant.

On admet, en thèse générale, qu'une tumeur liquide, fluctuante et transparente est une *hydrocèle*; au contraire, une tumeur liquide, fluctuante plus ou moins profondément, mais non transparente, sera ordinairement une *hématocèle*.

Des hydrocèles.

Les hydrocèles sont des tumeurs liquides transparentes et fluctuantes des bourses. La forme générale et les rapports de la poche avec le testicule indiqueront, dès l'abord, une variété très importante.

La tumeur pourra être allongée, arrondie, piriforme, transparente, plus ou moins tendue; mais, si on suit le trajet du cordon déférentiel, on arrive à une masse plus ou moins distincte, suivant le volume de la tumeur, et située à sa partie postérieure. Cette masse est douloureuse et donne au malade la sensation de la douleur particulière à la pression du testicule; de plus, quand on examinera la transparence au moyen d'un assez long tube de bois ou d'un sthétoscope, elle formera une tache sombre. On aura une *hydrocèle vulgaire de la tunique vaginale*, développée en avant du testicule. Quand on trouvera le canal déférent en haut et en avant de la tumeur, il vous conduira au testicule situé en avant, cas d'inversion toujours utile à constater, si on veut éviter l'embrochement de l'organe, au moment de la ponction. Nous recommandons l'exploration du canal déférent, pratiquée de haut en bas dans tous les cas d'hydrocèle comme conduisant sûrement à trouver le testicule.

D'autres fois, la tumeur liquide sera comme carrée ou arrondie, le testicule sera au bas de la tumeur, qui aura l'aspect d'une brioche renversée, comparaison excellente donnée par Velpeau : on sera en présence d'un kyste spermatique, ou *hydrocèle enkystée de l'épididyme*. On trouvera dans tous les auteurs ce qui a trait à cette affection; ses indications thérapeutiques sont les mêmes que celles de l'hydrocèle vaginale, nous n'en reparlerons pas.

Particularités de l'hydrocèle vaginale.

A. — Comme le fait judicieusement remarquer l'auteur de la Revue sur le traitement de l'hydrocèle vaginale, publiée dans ce journal (1), il est possible de voir une tumeur dont le liquide, au moyen de pressions plus ou moins prolongées, peut remonter et disparaître dans la cavité péritonéale. Ce sont des *hydrocèles congénitales*, dues à la persistance du canal vagino-péritonéal. On les observe le plus souvent dans l'enfance, quelques fois dès les premiers jours après la naissance; nous en possédons plusieurs observations, toutes mentionnent ce fait que le testicule était complètement descendu dans les bourses et que le trajet, distendu par le liquide, formait au haut de la poche un diverticule allongé. Jamais, dans ces cas, on ne doit ponctionner la cavité vaginale; mais on appliquera les compresses résolutives de solution concentrée de chlorhydrate d'ammoniaque qui suffisent bien souvent à faire disparaître l'épanchement. Quand l'enfant aura dépassé l'âge d'un an, on pourra, au moyen d'un petit bandage inguinal bien appliqué, favoriser l'occlusion définitive de son canal vagino-péritonéal.

B. — L'hydrocèle est-elle une maladie idiopathique? relève-t-elle d'un processus purement hydropigène? Nous touchons là à une question des plus intéressantes pour laquelle on nous permettra quelques mots d'historique. Boyer avait distingué, dans les hydrocèles, des engorgements primitifs ou secondaires du testicule. M. Gosselin, en 1848 et 1850, attirait l'attention sur les lésions variables de la tunique vaginale dans les cas d'épanchements liquides. Tous les chirurgiens remarquaient que les tumeurs du testicule s'accompagnaient souvent d'épanchements dans la tunique vaginale, et M. Desprès, dans sa thèse en 1861, cherchait le premier la valeur séméiologique de l'épanchement vaginal dans ces tumeurs.

Il y avait donc une relation évidente entre ces deux faits, une lésion du testicule ou de l'épididyme, et l'épanchement dans la tunique. Cette relation existait-elle dans tous les cas d'épanchement et l'hydrocèle vulgaire n'était-elle qu'une application de cette loi? Le professeur Panas publia, en 1872, dans les *Archives générales de Médecine*, un travail dans lequel il tend à démontrer que l'hydrocèle ordinaire est toujours symptomatique d'une lésion ancienne de la glande séminale ou de l'épididyme; de noyaux d'induration fibreuse de ces parties, consécutive aux lésions de la blennorrhagie, du traumatisme ou de la tuberculose guérie.

En 1873, M. Lannelongue soutenait, devant la Société de chirurgie, la même théorie et affirmait l'origine épididymaire de l'hydrocèle. Tous ces faits prouvent qu'on peut souvent démontrer l'exis-

(1) Voir *Concours Médical* 1877, N° 4, p. 41.

tence dans un point quelconque de l'appareil testiculo-épididymaire, de noyaux inflammatoires de date plus ou moins ancienne, formant, à l'égard de la tunique vaginale, une épine irritative, que amène un état subinflammatoire et une production de liquide. Il se passe ici ce que l'on voit pour les jointures atteintes de lésions chroniques parfois très petites qui, chez certains sujets, s'accompagnent d'hydarthrose.

L'hydrocèle est donc, pour ainsi dire, l'hydarthrose vaginale ou mieux la *vaginalite chronique avec épanchement*. Ce n'est qu'une forme d'inflammation de la séreuse, de même que les vaginalites aiguës, parfois purulentes, adhésives ou non, qui accompagnent la plupart des altérations inflammatoires ou néoplasiques aiguës, ou lentes du testicule, sont d'autres formes du processus inflammatoire. D'ailleurs, l'analyse chimique du liquide de l'hydrocèle simple diffère notablement, par ses proportions d'albumine, du liquide des sérosités simples, résultant de l'hydropisie dyscrasique des séreuses. La nature du produit confirme la nature du travail producteur.

C. — Qelles sont les origines étiologiques de l'hydrocèle? Nous avons vu quel rôle on était porté maintenant à faire jouer aux lésions d'origine diverses qui laissent des reliquats dans le testicule et surtout dans l'épididyme; nous n'y reviendrons pas, mais nous appelons sur ces faits l'attention de tous nos lecteurs, afin qu'ils en cherchent la confirmation. Nous pensons de plus que, comme toutes les séreuses, la vaginale peut subir l'influence du froid, et qu'il y a une hydrocèle ou plutôt une vaginalité rhumastimale. Bon nombre d'hydrocèle de l'enfance, dans lesquelles on ne retrouve aucune cause traumatique, peuvent, croyons-nous, relever de cette influence, à cause des refoidissements que les bourses, mal protégées, peuvent contracter chez des enfants mal soignés, ou mal vêtus. Mais nous possédons de plus deux observations très curieuses, d'hydrocèles à caractères intermittents, survenant chez des sujets jeunes et manifestement rhumatisants. Nons allons les raconter brièvement. Toutes les deux appartiennent à des jeunes gens de dix-huit ans, et vu la singularité des faits, nous les avons recueillies avec le soin le plus minutieux.

Le premier se présente à nous le 15 juillet 1878, se plaignant d'une grosseur survenue dans les bourses la veille, a onze heures du soir. C'est un jeune homme maigre, au teint un peu anémique; sa mère, nous dit-il, est atteinte de rhumatismes chroniquesr et lui-même depuis cinq ans, ne peut éprouver le moindre refroidissement sans souffrir dans toutes les jointures. Depuis trois ans, à peu près tous les mois et quelquefois plus souvent, il voit ses bourses se gonfler. Le gonflement commence brusquement, tantôt le jour, tantôt la nuit, sans qu'aucune fatigue dans le travail, sans qu'aucun rapport sexuel puisse l'expliquer; il s'accompagne de douleurs très violentes, puis, au bout de six, dix, douze heures, il disparaît peu à peu. La veille, à onze heures, il a ressenti les douleurs habituelles; le gonflement s'est produit toute la nuit et il a souffert dans les bourses, de douleurs irradiées aux lombes et aux cuisses.

La tumeur occupe le côté gauche des bourses, elle est ovoïde, du volume d'un gros œuf de poule très tendue, douloureuse à la pression et absolument transparente. La compression ne peut la faire diminuer. Le même jour, à cinq heures du soir, c'est-à-dire dix-huit heures après le début, je revois le malade et je suis tout surpris de trouver le gonflement disparu; la tunique vaginale est flasque et contient encore un peu de liquide. A la palpation, elle paraît plus épaisse que du côté opposé, le testitule est plus petit, l'épididyme et le cordon ne présentent rien d'anormal.

L'observation de notre second malade est bien analogue: Jeune homme vigoureux de dix-huit ans et demi, sujet aux douleurs rhumatismales, mais sans être jamais alité. Pas de coups, de rapports sexuels, de masturbation. Il y a un an, premier gonflement du côté gauche des bourses, survenu brusquement, douloureux, se terminant peu à peu après quatre semaines. Il y a trois semaines, le même fait s'est reproduit et a duré huit jours. Enfin, il y cinq jours, seconde récidive; depuis, la tumeur a gonflé progressivement, et aujourd'hui elle a le volume d'un œuf de dinde. La tumeur est tendue, fluctuante, translucide, douloureuse. Après deux jours d'application de compresses de chlorhydrate d'ammoniaque, elle a notablement diminué et on peut constater que le testicule est moitié plus petit que celui du côté opposé; l'épididyme ne présente aucune nodosité, de même que le canal déférent; la prostate est absolument saine.

Ces deux observations nous paraissent pouvoir se rattacher à des lésions rhumatismales de la tunique vaginale et peut-être aussi du testicule; mais nous admettons qu'il en soit besoin d'un plus grand nombre pour confirmer ces faits.

D. — La marche de l'hydrocèle vaginale est ordinairement progressive. Peu à peu, le liquide distend la tunique vaginale et refoule le testicule en arrière; la masse liquide peut, en comprimant le testicule, altérer peu à peu sa texture. Elle l'altère même par un mécanisme peu connu avant le travail du Dr Marimon (1). On sait qu'entre le bord supérieur du testicule et la partie moyenne de l'épididyme, la tunique vaginale forme un enfoncement qui isole cet épididyme. Or, du fait du développement du liquide vaginal, cet enfoncement se déplisse peu à peu, de sorte que l'épididyme est peu à peu écarté du testicule; il est tiraillé, étiré, distendu au niveau de ses adhérences, et on le trouve étalé sur la paroi de l'hydrocèle, altérations qui retentissent sur sa structure et fatalement sur son fonctionnement ultérieur.

L'hydrocèle ne conserve pas toujours les mêmes caractères en avançant en âge. Il n'est pas rare, à la suite de fatigues, de traumatismes, de la voir augmenter rapidement de volume. Mais souvent aussi, les malades accusent des poussées douloureuses, signe d'un lent travail inflammatoire de la tunique vaginale qui peut s'épaissir au

(1) Marimon. Anatomie pathologique des grosses hydrocèles. Th. Paris, 1874.

point de devenir opaque, comme M. Gosselin en a signalé des exemples; ou qui peut présenter des plaques d'incrustations calcaires; de telle sorte qu'une hydrocèle, d'abord transparente, devient opaque par suite de modifications de sa paroi. D'autres fois, la transformation du liquide succède à un autre travail bien décrit par M. Gosselin : du sang se mêle au liquide, il provient ou de fausses membranes de vaginalité chronique, ou de vaisseaux dilatés et déchirés par la distension de la poche. C'est la lésion connue sous le nom d'hydro-hématocèle. Mais, au point de vue général des lésions de la séreuse vaginale, ce ce n'est encore pour nous qu'un stade du même processus, l'inflammation chronique de la séreuse produisant des fausses membranes vasculaires; la vaginalité chronique pseudo-membraneuse hémorrhagique, pachyvaginalite si l'on aime mieux, tout à fait analogue aux péritonites, pleurésies, méningites de même ordre, mais en différant en ce seul point qu'elle est justiciable des moyens chirurgicaux qu'on ne peut appliquer aux grandes séreuses viscérales.

Nous en avons terminé avec ces diverses considérations sur l'hydrocèle. Nous ne dirons rien du traitement qui est suffisamment exposé dans la Revue que nous avons indiquée plus haut. Nous y ajouterons toutefois un nouveau procédé d'injection irritante modificatrice de la paroi vaginale, qui a été préconisé dans ces derniers temps par le Dr Lévis (de Philadelphie) (1). Il injecte dans la tunique vaginale, après l'évacuation, quelques gouttes d'une solution concentrée d'acide phénique qui détermine dans la poche une inflammation plastique non suppurative, faisant adhérer les parois pariétale et viscérale de la séreuse.

Deux fois nous avons été témoin d'accidents dus à l'infiltration de la teinture d'iode dans le tissu cellulaire des bourses après la ponction et l'injection; dans les deux cas, il survint un phlegmon diffus avec gangrène et vaste perte de substance du scrotum, accident terrible qui peut coûter la vie au malade. Nous avons remarqué que, dans les deux cas, l'injection avait été faite correctement, avec toutes les précautious connues; la ponction chez un des malades avait été difficile à cause de son indocilité, et on a pensé avoir fait une déchirure de la tunique vaginale, au lieu d'un simple orifice; chez l'autre, la canule du trocart s'était peut-être un peu déplacée après la sortie du liquide. Aussi nous conseillons d'employer un trocart assez long et de confier la canule à robinet à un aide qui, d'une main, tiendra fortement la paroi des bourses pour qu'elle ne glisse pas sur le tube métallique, tandis que de l'autre il fixera l'extrémité munie du robinet. Si, néanmoins, on voit une tache d'infiltration se produire autour de l'orifice nous croyons qu'il ne faut pas hésiter à fendre avec le bistouri la paroi scrotale dans toute l'étendue du trajet de la ponction; on lavera ensuite les bords de la plaie avec une solution étendue de potasse, et on appliquera un pansement rigoureusement antiseptique. Par ce moyen, on limitera fatalement l'infiltration iodique de la paroi scrotale et on évitera les gangrènes étendues qui en sont la suite.

Quand on a fait l'évacuation du liquide que contient la tunique vaginale, il est toujours opportun d'examiner si le testicule ou l'épididyme présentent des altérations dont l'épanchement vaginal n'est qu'un syndrôme. Le Dr Boursier, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux (1), a publié à ce sujet une importante monographie qui montre bien les relations que la séreuse vaginale affecte là, avec les altérations du viscère qu'elle entoure, comme on le voit dans certaines pleurésies ou péritonites symptomatiques de lésions viscérales. Nous n'entrerons pas dans tous les détails qui concernent la constance ou la quantité de l'épanchement dans les diverses lésions du testicule ou de l'épididyme, mais nous dégagerons seulement quelques conclusions d'un intérêt tout pratique. Au point de vue anatomo-pathologique, les tumeurs ou les lésions inflammatoires, surtout celles qui attaquent l'épididyme ou qui siègent au voisinage de cette partie, retentissent bien plus vite dans la séreuse que les lésions de la glande seule.

Toujours, c'est une vaginalite, mais la quantité de l'épanchement n'est jamais un signe absolu de la nature des tumeurs, bien que ce soit parfois un sigue très important. Néanmoins, on peut dire que les tumeurs malignes présentent plus souvent une vaginalité adhésive qu'un épanchement libre. D'ailleurs, nous reviendrons fatalement sur ces caractères, à propos du diagnostic des tumeurs du testicule, que nous aborderons dans la suite de ce travail.

Dr Hambar

(1) Boston Medical and chirurgical journal. T. V. nº 23, p. 540. 1881.

(1) Boursier. Etude sur les hydrocèles symptomatiques des tumeurs du testicule. Th. Paris, 1880.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

LOI ROUSSEL.

A.

Monsieur le Directeur, et honoré confrère,

J'ai à vous adresser quelques questions sur lesquelles vous voudrez bien me renseigner par la voie du journal: l'une à propos de la loi Roussel, l'autre relativement à la médecine des indigents.

1° A propos de la loi Roussel.

L'administration préfectorale a-t-elle le droit de choisir le médecin-inspecteur de la commune?

Voici ce qui passe chez nous : nous sommes quatre médecins praticiens établis au chef-lieu de canton, et c'est un médecin d'une commune voisine qui a été chargé de l'inspection des Enfants-assistés, non-seulement pour sa commune, mais encore pour notre canton : de sorte que ce confrère, qui n'est jamais appelé de nos côtés pour les besoins de sa clientèle, serait obligé de faire parfois quinze et vingt kilomètres pour visiter quelques rares sujets, car *l'industrie nourricière* n'est pas en grande pratique ici.

Je ne sais pas quelles ont été les conséquences de ce choix, mais ce que je sais, c'est que la loi Roussel est tombée en désuétude et que, pour ma part, j'ai dans ma clientèle trois ou quatre nourrices avec des nourrissons dont l'administration ignore l'existence.

2° *A propos de la médecine des indigents.*

L'administration préfectorale a-t-elle le droit de donner le monopole de la médecine des indigents à un seul médecin, à l'exclusion des autres ? ou bien les indigents ont-ils toujours le droit de choisir leur médecin ?

Le fait se passe dans un canton voisin du précédent.

Trois confrères de différents âges exercent et résident à ce chef-lieu de canton. Il y a deux ans, tout-à-coup l'administration préfectorale charge l'un d'eux de faire seul la médecine des indigents, moyennant la somme annuelle de... Bien entendu, les deux autres confrères ne sont pas avisés de l'intention qu'avait l'administration de modifier ce service, ils ne le sont pas davantage de la décision qui les exclut de la pratique de la médecine des indigents.

Est-ce un droit de l'administration, ou est-un acte purement arbitraire?

Je n'envisage que la question de droit pour ces deux faits. Il est inutile de parler du respect dû aux indigents, etc., inutile de faire ressortir ce que ces mesures ont de désobligeant pour les confrères éliminés, les administrations n'ayant pas l'habitude de se rendre à ces raisons.

Agréez, etc. Dr PIERRE C.

Réponse.

Dans le département de l'*Oise* et dans d'autres régions, les médecins, en majorité, ont demandé à l'administration et obtenu que le roulement du *service d'inspection des enfants en bas âge* serait établi par les *Sociétés locales* ou les *Syndicats*. Il devrait en être ainsi pour le *service des Bureaux de bienfaisance*. On peut le réclamer et on l'obtiendra.

Dans tous les cas, il est incontestable que la loi attribue à l'administration les nominations des médecins inspecteurs et celle des médecins cantonaux.

Il appartient aux associations de s'organiser pour faire elles-mêmes les propositions.

B.

Mon cher directeur,

J'approuve entièrement et tous mes confrères approuvent complètement aussi, je l'espère, l'article du Dr Kahn qui a trait au service d'inspection des Enfants-assistés et des enfants du premier âge.

J'ai dit la même chose, en de moins bons termes, je le confesse, dans le rapport que j'ai dû faire en janvier dernier, sur mon service pendant l'année 1881.

Mais, en vérité, à quoi tous ces rapports, toutes ces réclamations, venant de médecins, pourront-ils aboutir? Ils iront toujours se heurter à la routine et plus encore à cette malveillance administrative, qui ne consentira jamais à améliorer quoi que ce soit.

Et pourtant ce que demande le confrère M. Kahn est, en somme, bien peu de chose. Réunir tous les enfants inspectés à une même heure d'un même jour dans un endroit désigné d'avance. Il propose la mairie, la maison d'école, j'avais aussi tout d'abord fait ce choix. Mais, tout bien pesé et bien considéré, comme nous habitons tous ou presque tous un centre qui, à un certain jour de la semaine, voit se réunir au marché tous nos clients, et par conséquent les gardeuses des enfants surveillés, pourquoi ne pas les obliger à venir une fois par mois dans notre cabinet ? Rien ne serait plus simple, et le médecin-inspecteur verrait tout de suite si l'enfant est bien ou mal tenu, nourri, soigné. M. Kahn a parfaitement démontré que le reste des exigences administratives ne nous concerne pas, mais incombe à la commission locale à laquelle il fallait le laisser.

Cette manière de faire nous éviterait des courses inutiles, fatigantes, dans des hameaux perdus, et que la loi n'a évidemment pas eu pour but de nous imposer.

Toutes ces réclamations seraient écoutées, toutes ces modifications seraient instantanément faites, si l'administration avait à sa tête des hommes compétents. Et qui le serait plus, dans la circonstance, qu'un ancien médecin ? Au lieu de confier le service d'inspection départementale à un de ces hommes qui connaissent les difficultés de l'exercice médical, qui ont mérité la confiance de leurs concitoyens par toute une vie d'abnégation et de sacrifices, et qui trouveraient là, avec un repos mérité, une retraite honorable pour leurs vieux jours, ce qui ne serait que juste, on met à la tête de ce service d'inspection, qui ? ici, un *ancien instituteur*, là, un *ex-préfet* tombé en disgrâce auprès de ses administrés et qu'on n'a pu caser ailleurs, plus loin un *journaliste en rupture de plume* ; enfin, pour les tous qualifier d'un mot, nous nous laissons diriger, en matière d'hygiène sociale, par ceux-là qui en sont les plus ignorants et qui ne craignent pas d'étaler à nos yeux leur incompétence. Je ne crois pas néces-

saire d'entrer dans des détails circonstanciés pour en fournir la preuve, que nous offrent d'ailleurs surabondamment les circulaires qui nous arrivent à chaque courrier.

N'est-il pas vrai, mon cher Directeur, qu'une campagne entreprise dans cette voie pourrait amener quelques bons résultats ? Tandis que nous, qui reprêsentons ici la compétence, nous pataugeons pour 3, 4, ou 500 francs par an, dans la boue jusqu'aux genoux, pour visiter les enfants, M. l'Inspecteur départemental, qui est *l'incompétence même*, se dorlote mollement dans un fauteuil dûment capitonné, et se laisse délicatement adjuger par son préfet, aidé en cela par ceux qui ordinairement composent le conseil général, quelques 5, 6, 7 et 8 mille francs, suivant la richesse du département.

Voilà, les idées que me suggère l'article du Dr Kahn, et que j'ai cru devoir vous soumettre afin de vous témoigner ma reconnaissance, en faisant acte de concours.

Agréez, etc. Dr X.

II

CERTIFICATS MÉDICAUX SCOLAIRES.

Monsieur,

Vous m'avez demandé si le certificat délivré par le médecin à un enfant malade, pour le dispenser momentanément de l'assistance à la classe, était sujet au timbre.

Mon Collègue des Finances, dont j'ai tenu à prendre l'avis avant de vous répondre, me fait savoir que les certificats de ce genre, et autres pièces à produire pour l'exécution de la loi du 28 mars qui touche à un intérêt public de premier ordre, lui paraissent entrer dans la catégorie des actes exemptés du timbre, par l'article 16 de la loi du 13 Brumaire an VII.

Recevez, Monsieur,
l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre de l'instruction publique et des Beaux-Arts,

DUVAUX.

VARIETES

ET NUNC ERUDIMINI....!

Ici l'on dépense son temps, sa santé, sa fortune et quelquefois sa vie, pour apprendre à faire des ingrats.

Triste, mais véridique inscription qui devrait être gravée en lettres d'or sur le fronton de la nouvelle Ecole de Médecine.

O jeunes élèves ! *Juvenes alumni*, vous qui, dans vos songes dorés, n'avez entrevu dans la vie d'étudiants que *Schaunard* et *Musette* ! vous qui n'avez aperçu le médecin que comme un être à par toujours adulé, toujours respecté ? Vous qui avez rêvé cette clientèle modèle pleine de confiance en vous, pleine de reconnaissance pour vos soins et votre dévouement, pardonnez à celui qui vient aujourd'hui vous enlever quelques illusions et, si vous le voulez bien, vous donner quelques conseils dictés par le sentiment intime de vous être utile !

Pourquoi, à la séance de rentrée, le doyen ne vous avertit-il donc jamais charitablement des déboires qui vous attendent ? Pourquoi, à la séance des rentrées, ne fait-il point passer sous vos yeux, le tableau toujours ancien et toujours nouveau des misères médicales ? A cette jeunesse studieuse..... ou non, il pourrait tenir ce langage :

Messieurs,

« Avant de vous lancer dans notre carrière, avant de « devenir les disciples d'Hippocrate et de Galien, per« mettez-moi de vous retracer le tribulations qui vous « attendent, de vous indiquer vos devoirs, les mesquine« ries de la société au milieu de laquelle vous allez vous « trouver. L'Etat, messieurs, semble vous protéger, « semble s'intéresser à vos travaux, erreur ! Il exige de « vous du travail, de l'étude, des sacrifices de temps « et d'argent contre lesquels il vous délivrera un di« plôme, un parchemin, et puis..... c'est tout. Il vous « laissera lutter seul, en but à la jalousie, en butte à une « concurrence effrénée, illégale, déloyale, sourd à vos « doléances et ne vous accordant même pas cette jus« tice à laquelle vos avez droit. En retour, vous serez « sa *chose*, son esclave. S'il ne vous donne rien, il vous « demandera beaucoup ; à vous de l'éclairer, *pour rien*, « sur les questions d'hygiène ; à vous d'aider, *pour rien*, « ses recherches, ses investigations ; à vous de déceler, « *pour rien*, la faute, le crime, à l'éclairer du flambeau « de votre science. Puis viendra le public plus sot, mais « intraitable. Pour lui, le médecin est une machine à « guérir dont le rendement doit toujours atteindre le « maximum. Vous lui appartenez tout entier ; votre re« pos, vos plaisirs, il en dispose à son gré, à sa volonté, « en seigneur et maître. Son exigence n'a pas de bornes « et ne peut être comparée qu'à son ingratitude. »

La fatigue vous accable. Debout ! debout ! Le malade vous réclame.

« Mais ce malade a bien attendu huit jours, quinze jours même.. une heure de plus..... ? »

Juif errant médical, marche, marche..... il commande, obéis.

La journée est achevée, elle a été fort rude ; un sommeil réparateur n'est que trop nécessaire pour refaire votre être tout entier. Debout ! debout ! un souffreteux vous attend.

Ce souffreteux est un paysan ; son messager eût, en venant plutôt, perdu sa journée ; c'est une fois son travail terminé, ou avant de l'entreprendre qu'il vient vous chercher. Il regarde ses convenances et non les vôtres.....

« C'est de la tyrannie, je n'irai pas..... »

Marche ! marche.

Sous le poids de la fatigue, l'organisme s'affaiblit, vous voilà cloué sur le lit.

Debout ! debout !

« Je suis malade... »

Malade ! Est-ce qu'un médecin doit être malade ? Le

client est une mère de famille, son habitation est là, tout près... le temps est beau... vous vous couvrirez bien... si elle venait à mourir, que deviendraient ses enfants! « Ses enfants ?..... mais si je meurs, que deviendront les miens ? »

Marche! marche!!

Celui-ci est un pauvre; courez, prodiguez-lui vos soins, c'est votre devoir. Il est sauf; vous avez désormais des droits à son ingratitude, car vous êtes médecin du bureau de bienfaisance, vous êtes *payé* pour le soigner; de quel droit exigeriez-vous de la reconnaissance? Cependant le docteur X. n'avait aucune ressource, il a gagné cent mille francs! Velpeau était un pauvre forgeron, il est comblé d'honneurs et de richesse. Et puis.....!

Que diriez-vous du paysan ou de l'artisan faisant entrer son fils dans la carrière militaire sous prétexte que Kléber, fils d'un terrassier, est devenu général, que Murat, après avoir été garçon d'écurie chez son père, est devenu prince et roi de Naples?

Votre résolution est inébranlable, vous voulez être docteur. Voilà votre diplôme; allez et guérissez le monde!

Prenez garde, des déboires sans nombre vous attendent: surtout soyez diplomates!

Vous avez cru, dans votre naïve candeur, qu'il vous suffirait d'être instruit, intelligent pour être médecin? Sachez que le savoir-faire prime le savoir; sachez que que vous allez entrer on guerre avec toutes les sottises, les préjugés, les calomnies d'une foule sans instruction, Votre traitement....,? Toutes les portières, toutes les commères du voisinage vont l'examiner, le passer au crible, l'approuver ou le désapprouver, et leur approbation ou leur désapprobation sera le *criterium* de la valeur de vos ordonnances. N'entrez pas en lutte avec cet ennemi, il vous tuerait!

Cet enfant que le rachitisme a fait claudicant, n'allez pas croire que sa claudication est le résultat d'une chute.

Cet ange blond et rose, à la peau fine et délicate, vous le traitez de: scrofuleux? Un enfant n'est *jamais scrofuleux.....* pour sa mère.

Ces gourmes, cet impétigo, sont de *simples bobos* et vous êtes un âne si vous y voyez autre chose!

Oserez-vous affirmer que ces croûtes, *c'est la teigne*, que ces petits boutons, *c'est la gale?* Vous êtes un sot et la porte vous est fermée.

Imprudent! vous passez devant le domestique de M. le maire, vous croisez Jean Poussadoux et Pierre Gabirot sans mot dire? Ah vous êtes si fier que cela? on voue laissera *pour ça que vous êtes*!

Comment! voilà tout au plus un an que la femme Merluchon est guérie et déjà vous envoyez votre note? s'il faut vous payer avant d'être malade.....?

Votre voisin a la fièvre typhoïde. Quelles drogues lui avez-vous données? Bien sûr c'est pour le tuer! Mais non, huit jours se passent, aucun changement; décidément, vous ne connaissez rien à sa maladie; à un autre. On vous délaisse pour prendre votre confrère qui profite des soins que vous avez donnés et a tout le mérite de la cure parce qu'il arrive juste à la fin de la maladie. Inutile de dire que si l'infortuné ne guérit pas, c'est vous qui en êtes l'auteur. *Si vous aviez connu la maladie! si vous lui aviez donné le bon remède....! si vous ne lui aviez point fait prendre des remèdes trop forts.....!*

Vous n'y entendez rien, encore une fois vous êtes un âne!

Est-ce tout?

Hélas! si vous pouviez entendre ce qui se dit tout bas après votre visite! Si vous pouviez entendre les clabaudages, les réflexions saugrenues qu'inspire votre médication!...

Je vous les raconterai peut-être un jour.

Et nunc erudimini.....! D[r] A. BARRY,
(de Royat).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DE L'OISE.

Cercle de Senlis.

Huit médecins du département, (deux pour chaque arrondissement) avaient été désignés par un certain nombre de confrères pour jeter les bases d'une association syndicale. Ils se sont réunis à *Clermont*, chez M. le D[r] *Labitte* et ont décidé en substance:

1° Qu'il serait formé, dans chaque arrondissement, un *cercle syndical* jouissant de son autonomie pour les questions locales, et que les quatre cercles réunis formeraient le syndicat du département présidé par l'un des syndics de cercle.

2° Que chaque cercle réunirait le plus d'adhésions possibles dans l'arrondissement, nommerait son Bureau et voterait ses statuts.

A l'issue de cette séance, une collecte, faite par ces messieurs, a *réuni la* somme de *160* fr. destinée à subvenir aux premiers frais de formation des *cercles syndicaux*.

Conformément à cette décision ci-dessus, les vingt-quatre médecins, dont le nom suit, qui jusqu'à ce jour ont adhéré au projet de formation d'un cercle syndical dans l'*arrondissement de Senlis* ont été convoqués dans cette ville le 28 janvier dernier.

MM. les Docteurs:

BAILLY, de Chambly,
CADIER, Paris,
CALLIAS, Pont-Sainte-Maxence,
CÉZILLY, Chantilly,
CHOPINET, Crépy-en-Valois,
CROUZET, Creil,
DEMMLER, Saint-Leu-d'Esserent,
DUMONT, Barbery,
DUREAU, Senlis.
FORGE, Montataire.
GRENIER, Nanteuil-le-Haudouin,
JACQUOT, Montataire,
LAVERNOT, Orry-la-Ville,
LE BOUCHER, Neuilly-en-Thelle,
MAGNIER, Crépy-en-Valois,
MAURAT, Gouvieux,
MILLET, Crépy-en-Valois,
NÉTELET, Betz,
PETIT-JEAN, Acy-en-Multien,
DE RAYSSAC, Senlis,
ROUSTAN père, Creil,

Roustan fils, Creil,
Rochu, Neuilly-en-Thelle,
Suillet, Senlis.

Sont présents MM. Cézilly, Chopinet, Crouzet, Dureau, Demmler, Grenier, Jacquot, Le Boucher, Maurat, Millet, Nételet, de Reyssac, Roustan fils et Suillet.

Se sont fait excuser et ont envoyé leurs pouvoirs, MM. Bailly, Cadier, Forge, Magnier, Petit-Jean, Roustan, Rochu.

Le fauteuil de la présidence est occupé par M. le Dr Cézilly, doyen d'âge des membres présents.

Après quelques mots sur la nécessité d'un syndicat, prononcés par M. le Dr Cézilly, il est procédé à la formation du Bureau.

Sont élus : *Président*, M. le Dr Millet.
— *Vice-Président*, M. le Dr Crouzet.
— *Secrétaire-trésorier*, M. le Dr Maurat.

Sur la proposition de M. le Dr *Millet, l'assemblée, considérant que le* Dr Cézilly, *directeur du* Concours Médical *est le véritable initiateur des syndicats, que ses occupations et la lutte qu'il soutient dans son journal pour la défense des intérêts professionnels ne lui ont pas permis d'accepter les fonctions de Président du Cercle, à l'unanimité des membres présents, prie M. le Cr Cézilly de vouloir bien accepter le titre de* Président d'honneur.

L'ordre du jour appelle la discussion des statuts, dont je ne vous donnerai pas le détail, et qui sont calqués sur le modèle paru dans le numéro du *Concours médical* du 6 mai 1882. Je me propose, du reste, de vous les envoyer quand ils seront définitifs.

L'Assemblée discute ensuite certains points d'intérêt professionnel que je vais brièvement passer en revue.

Inspection des écoles. — L'assemblée, considérant que toute peine mérite salaire.

Qu'il n'est que juste de réagir contre la tendance qu'ont les administrations à confier au médecin des fonctions non rétribuées et onéreuses pour lui, décide :

1° Que ses membres n'accepteront les fonctions d'inspecteur des écoles qu'au prix uniforme de cinq francs par visite et par école, quel que soit le nombre d'enfants à visiter et la distance à parcourir pour y arriver.

2° Que des visites mensuelles lui semblent inutiles, et qu'il est préférable de faire une seule visite obligatoire dans la quinzaine qui suit la rentrée des classes, puis dans le courant de l'année, sur réquisition *écrite* du maire seul, quand la nécessité s'en présentera.

3° Que, s'il y a lieu de modifier la distribution entre les médecins des écoles à visiter, ces modifications ne doivent être faites que sur décision des membres intéressés et en réunion.

4° Prie son syndic de vouloir bien porter ces décisions à la connaissance de l'administration et s'entendre avec elle.

Inspection des enfants du premier age. — L'assemblée, après communication faites par le Dr Cézilly, d'un rapport de M. Fallières, ministre de l'Intérieur à M. le Président de la République au sujet de l'organisation de la loi Roussel et contenu dans le journal officiel du 26 décembre 1882 ;

Déclare : que l'accumulation de registres, d'états en triple expédition, et d'écritures de toutes sortes empêche seule le bon fonctionnement de cette loi et prie l'administration compétente de vouloir bien, conformément à l'opinion émise par M. le ministre, se contenter d'un *carnet à souche* dont une feuille serait remplie lors de chaque visite d'enfant par le médecin, puis détachée et remise, chaque mois, à la mairie de la localité. Le payement serait fait par l'administration au médecin, en un mandat, d'après le nombre de feuilles de visite parvenues à la préfecture.

Pour rendre plus facile cette modification, l'assemblée s'offre à faire les frais des premiers carnets-souche.

Certificats aux nourrices. — Le certificat médical exigé des nourrices ne doit pas être gratuit et les membres du syndicat s'engagent à faire payer trois francs à toute personne non indigente qui se présentera dans leur Cabinet.

Le prix sera augmenté en proportion de la distance parcourue si le certificat est délivré au domicile de la nourrice, le médecin ayant été appelé pour cela.

Ces certificats ne doivent être délivrés aux nourrices que par le médecin-inspecteur de leur circonscription. Il serait désirable que l'administration préfectorale prît un arrêté dans ce sens.

Assurances sur la vie. — Le prix des certificats pour assurances sur la vie varie d'une compagnie à l'autre, et même de localité à localité pour une même compagnie. Cela tient vraisemblablement à ce que les compagnies abandonnent une certaine partie de la première prime à l'assureur, à charge pour lui de couvrir tous les frais de l'assurance. L'agent, par ce fait, est conduit à offrir des honoraires minimes; tandis que l'intérêt bien compris des compagnies serait qu'ils fussent élevés et proportionnés aux risques qu'elles courent.

Pour obvier, dans la mesure du possible, à cet inconvénient, les membres du syndicat s'engagent à faire payer chaque certificat dix francs dans leur cabinet, et cinquante centimes par kilomètre parcouru (aller et retour) en cas de déplacement.

M. le docteur Cézilly communique à l'assemblée une lettre l'informant officiellement que les certificats médicaux délivrés aux enfants malades pour justifier leur absence de la classe ne sont pas soumis au timbre.

Dr Maurat, *Secrétaire-trésorier du cercle Syndical.*

NOUVELLES

Un membre du *Concours médical* M. le Dr *Hamon*, vient d'être chargé d'une mission scientifique, par le Ministère de l'instruction publique. Il se rend dans l'Afrique centrale avec un explorateur bien connu, M. *Bremond*, accompagné de M. Aubry, ingénieur des mines et de M. Hénon officier de Cavalerie, dont le frère est secrétaire de l'expédition. Nous souhaitons bonne chance à ces savants et intrépides explorateurs.

BIBLIOGRAPHIE

De la perforation du tympan, de ses cicatrices, moyens d'y remédier par le Docteur J. Baratoux. Paris Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

24 Février 1883 — Organe officiel des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — No 8

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Vulpian* communique quelques passages d'une lettre de M. *Teissier*, un des médecins de Lyon qui n'ont pas signé la déclaration de M. Glénard. Ce praticien, qui a soigné ses typhiques par différents moyens thérapeutiques, suivant les cas, n'a eu, en cinq ans, qu'une mortalité de 7,69 0/0. Suivant lui, les bains froids peuvent être utilisés avantageusement pour combattre les formes ataxiques et l'excès de température ; mais ils ne sont pas toujours sans inconvénients : ils peuvent produire des pleurésies, des pneumonies, des péricardites, des entérorrhagies.

Comme son collègue de la Faculté de Lyon, M. *Bondet* a refusé de signer la déclaration de M. Glénard : il affirme que la statistique de la mortalité par la fièvre typhoïde s'est élevée, dans ces sept dernières années, à 15,1 0/0 pour les hôpitaux civils où l'on pratique la méthode de Brand, et seulement à 13,39 0/0 pour les hôpitaux militaires (fièvre typhoïde et fièvre continue réunies) où on ne la pratique pas ! Du reste, M. Bondet ne rejette pas d'une manière absolue la méthode des bains froids ; il la réserve pour certaines indications spéciales, parmi lesquelles il place en première ligne l'ataxie, l'hyperthermie constatée, l'état comateux habituel, les sueurs profuses. Parmi les contre-indications, l'orateur signale la tendance plus ou moins marquée à la syncope, l'état polysarcique, toute fluxion active du côté des organes respiratoires, l'abaissement trop brusque et trop prolongé de la température ; la difficulté excessive, ou même une répulsion instinctive du malade à se soumettre à ce traitement. Réservée pour les cas où elle est spécialement indiquée, la méthode de Brand est une arme très puissante contre certaines formes graves ou compliquées

Répondant à M. G. Sée, M. *Dujardin-Beaumetz* vient expliquer que le mot *expectation* ne désigne pas une méthode qui se borne à assister, les bras croisés, à l'évolution de la maladie : aussi l'orateur a-t-il cru la mieux caractériser en appelant *expectation armée* cette méthode qui, en réalité, consiste à faire varier la thérapeutique suivant les formes et les symptômes de la maladie. Ainsi définie, elle peut, avec succès, soutenir la comparaison avec les méthodes exclusives qui, proclamant l'identité de tous les cas devant le traitement, ont donné naissance à ce qu'on pourrait appeler la *thérapeutique égalitaire*. En outre, ces méthodes, négligeant à dessein les différents côtés du problème, n'en considèrent qu'un seul, l'hyperthermie ou la septicémie, et demandent, d'après leurs partisans, à être employées bien avant l'apparition du symptôme unique qu'elles ont ont pour but de combattre, avant même que le diagnostic soit assuré : c'est un bon moyen de se préparer des statistiques favorables.

Pour M. Dujardin-Beaumetz, il est important de tenir compte de la température : mais c'est surtout à *ce point* de vue du pronostic *et des indications* thérapeutiques auxquelles sa marche peut

donner naissance : Comme M. Bondet, il croit, lui aussi, que les bains froids peuvent donner d'excellents résultats, mais dans certains cas seulement où ils sont bien indiqués. C'est du reste une question qu'il laisse à M. Péter le soin de traiter particulièrement tout au long.

En ce qui concerne les applications thérapeutiques de l'alcool, M. Dujardin-Beaumetz, qui s'occupe de cette question depuis longtemps, rappelle les expériences qu'il a faites avec M. Audigé. De ces expériences, ils ont été amenés à conclure que l'alcool agit dans l'économie à titre de combustible, qu'il s'y brûle, et que c'est grâce à cette combustion qu'il empêche la dénutrition de l'organisme. En cela, l'orateur s'éloigne de l'opinion émise par M. Germain Sée, qui ne croit pas que l'alcool soit brûlé dans le sang.

Il ne partage pas non plus la manière de faire de M. Jaccoud, qui soumet tous ses malades à l'usage de l'alcool, à la dose de 30 à 80 grammes par jour. Il est d'avis que l'acool ne saurait convenir à tous les malades; il peut avoir des inconvénients et mêmes des dangers ; on doit le réserver pour certaines formes de la fièvre typhoïde. Quant au sulfate de quinine, M. Dujardin-Beaumetz admet, avec M. Germain Sée, que ce médicament exerce une action tonique sur le cœur, mais il faut connaître aussi, dit-il que cette subtance, surtout quant elle est administrée à haute dose, et pendant longtemps peut déterminer des effets fâcheux sur l'axe cérébro-spinal et particulièrement sur le cerveau.

M. Dujardin-Beaumetz insiste, à ce propos, sur une remarque dont nous croyons aussi qu'il faut tenir le plus grand compte : l'individu, atteint de fièvre typhoïde grave, présente deux tendances particulières, l'une qui ralentit l'absorption des médicaments, l'autre qui transforme l'action médicamenteuse en action toxique. C'est qu'en effet, dans cette maladie, il existe, par-dessus tout, un mauvais état des voies digestives, et un non moins mauvais état du système lymphatique. Le typhoïdique absorbe difficilement ; mais, quand il absorbe, il résulte des mauvaises conditions, dans lesquelles se trouvent son foie et ses reins, que les fonctions d'élimination sont insuffisantes, si bien que, comme l'a fort bien démontré M. Bouchard, un individu peut être empoisonné avec des doses faibles de morphine, par exemple. Les médicaments n'étant pas éliminés il se produit des phénomènes d'intoxication. Le foie et les reins qui jouent un rôle prépondérant dans les fonctions d'élimination, sont, comme on le sait, congestionnés, altérés chez les typhiques. C'est ce qui explique qu'avec de faibles doses de médicaments, ces doses s'accumulant par suite de la non-élimination, il se produise des accidents toxiques graves.

M. *G. Sée* affirme que l'alcool et le sulfate de quinine, répondant aux deux grandes indications de la fièvre typhoïde, l'hyperthermie et l'adynamie, peuvent, mieux que n'importe quel traitement, constituer une méthode thérapeutique exclusive.

M. Péter n'ayant pas terminé, dans cette séance, sa communication sur les bains froids, nous résumerons son discours complet dans notre prochain Bulletin.

Election. — M. *Védrène* a été nommé membre corespondant national dans la deuxième division.

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

CAUSES ET DIAGNOSTIC DES PÉRICARDITES.

M. Jaccoud insistait avec raison dans une de ses cliniques (1) sur la difficulté avec laquelle on reconnaît la péricardite; car, en dehors du rhumatisme articulaire aigu où elle constitue une complication attendue, cette affection, survenant secondairement et à petit bruit dans un grand nombre d'états morbides, peut évoluer à l'insu du médecin, tuer un malade qui semblait devoir échapper aux atteintes de la maladie primitive, ou tout au moins hâter le dénouement fatal et donner lieu à une surprise d'autopsie.

Comme on l'a dit, la péricardite *veut être recherchée* avec soin. Mais celui-là seul pensera à la rechercher qui saura les cas où elle se montre fréquemment ou à titre d'exception.

Rappelons donc, outre les faits classiques et connus de chacun, ces circonstances moins habituelles dans la pratique, mais que les observations de plus en plus nombreuses des praticiens de tous pays nous ont signalées.

I

Tous les traités classiques distinguent la péricardite PRIMITIVE et la péricardite SECONDAIRE. Pourtant la première de ces deux variétés a été à plusieurs reprises sérieusement attaquée.

M. Leudet (2) l'admettait dans un sixième des cas; d'autres auteurs n'ont voulu la reconnaître idiopathique qu'une fois sur quatre-vingt-neuf.

(1) Cliniq. de l'hôpital de la Charité.
(2) *Archiv. de méd.* 1862.

Sans pouvoir trancher le différend par des chiffres, on doit admettre que cette variété est réelle, mais très rare, qu'elle reconnaît alors l'une des deux causes suivantes : le *traumatisme* ou le *froid*.

Les péricardites traumatiques n'offrent pas un très grand intérêt. Il suffit de connaître la possibilité de leur existence pour ne pas les méconnaître; car toutes les fois qu'un choc, une compression ou une plaie ont été constatées à la région précordiale, on aura grand soin d'ausculter soigneusement et pendant plusieurs jours le blessé, afin de guetter l'apparition de toute complication cardiaque ou péricardique.

La péricardite *a frigore* a été surtout révoquée en doute par les adversaires des péricardites primitives, du moins en tant que consécutive à l'action du froid seul et en dehors d'une attaque de rhumatisme aigu. On ne voit pas pourquoi la seule action du froid ne suffirait pas à déterminer une inflammation de la séreuse péricardique, quand elle réussit si facilement à enflammer la plèvre. D'ailleurs les faits existent authentiques. Corvisart, Bouillaud en avaient déjà observés; tout récemment encore on en publiait.

Je sais bien que quelques médecins ont nié même la pleurésie *a frigore* en dehors de la diathèse rhumatismale; quand elle n'est pas liée à la tuberculose, la pleurésie serait pour eux une manifestation directe dn rhumatisme sur une séreuse. Ne nous embarrassons point outre mesure de ces questions de doctrine.

Ce que nous admettons volontiers avec Bamberger, c'est que, même primitive, la péricardite frappe le plus souvent des organismes mis en état de déchéance passagère ou définitive par les privations ou les fatigues, mais surtout par l'alcoolisme. Mais répétons-le c'est la péricardite secondaire qui doit nous intéresser presque uniquement, c'est elle qui nous tend des pièges en clinique, c'est elle que nous devons démasquer.

II

Une division utile à établir parmi les PÉRICARDITES SECONDAIRES, au point de vue des causes qui leur donnent naissance, est celle qui les répartit en trois groupes, suivant que l'inflammation de la séreuse se développe par propagation de l'inflammation d'un organe voisin, — est déterminée par la présence de produits néoplasiques, — ou dépend d'un état général morbide : diathésique, dyscrasique ou infectieux.

Il faut préciser en donnant des exemples.

Il n'y a point lieu de s'étonner que, par propagation, la pleurésie, quand elle siège à gauche surtout, que la pneumonie soient des causes de péricardite; moins souvent on a pu incriminer une inflammation de l'aorte (aortite aiguë), un anévrysme de celle-ci, une suppuration du sternum, des côtes ou des vertèbres, un abcès du médiastin, même une péritonite ou une hépatite.

Faut-il considérer l'endocardite, la myocardite comme des causes de péricardite ? On a coutume de le dire, mais c'est peut-être par abus de langage; car la solidarité est telle entre la membrane interne du cœur, sa paroi musculaire et son enveloppe, leurs vaisseaux lymphatiques communiquent si librement, qu'il est naturel de voir, dans un grand nombre de cas, les deux séreuses frappées simultanément par la même influence morbide, le rhumatisme surtout. D'ailleurs, c'est une loi de pathologie générale que la conformité de tissu expose des organes aux mêmes manifestations pathologiques.

La présence de PRODUITS NÉOPLASIQUES à la surface ou dans l'intimité du péricarde est une cause d'inflammation pour celui-ci, que le néoplasme soit *cancéreux* ou *tuberculeux*. On a cru autrefois, pour le péricarde comme pour la plèvre et le péritoine, que le cancer déterminait dans ces séreuses un épanchement constamment hémorrhagique; on n'en est plus à compter les exceptions à cette règle; la péricardite cancéreuse peut exister avec un épanchement purement séreux.

Quant à la péricardite tuberculeuse, elle n'est sans doute pas une manifestation fréquente de la tuberculose, elle peut n'apparaître que dans la période ultime de la phthisie, mais elle peut aussi devancer les autres déterminations, elle peut d'ailleurs, comme toute péricardite, rester sèche ou s'accompagner d'épanchement (Vaillard (1).

Les états morbides généraux susceptibles d'engendrer la péricardite sont, avons-nous dit, diathésiques, dyscrasiques ou infectieux.

Le plus fréquent des états diathésiques, sans contredit, Bouillaud l'a établi d'une manière irréfragable, c'est le *rhumatisme*, et, comme nous le disions plus haut, la vulgarité de cette notion est telle, qu'il n'est point de praticien qui n'ausculte avec soin le cœur de tout rhumatisant, afin de guetter l'apparition d'un lésion valvulaire ou d'un frottement péricardique. C'est dans le deuxième septénaire de l'affection rhumatismale aiguë que la péricardite a son maximum de fréquence. Il paraît ressortir d'une étude de M. Duroziez (2) que la coïncidence de la péricardite et de la pleurésie dans le rhumatisme est assez commune; cette péricardo-pleurite est constituée d'abord par l'apparition de la péricardite à la fin de la première semaine, et presque aussitôt la plèvre se prend.

Dans le rhumatisme blennorrhagique ou concurremment aux arthropathies blennorrhagiques, suivant la doctrine à laquelle on se rattache, la péricardite n'a été vue qu'une ou deux fois.

La péricardite est moins souvent associée à la chorée que l'endopéricardite ou l'endocardite (Roger).

Parmi les DYSCRASIES, c'est la *maladie de Brigth*, ou, pour parler plus exactement, l'urémie qui donne souvent lieu à la péricardite. Toute dégénérescence étendue et chronique des reins, qu'elle qu'en soit d'ailleurs la nature, si elle aboutit à l'intoxication urémique, peut se compliquer de péricardite. On l'observe dans 8 0/0 des cas, d'après M. Keraval (3).

La *péricardite urémique* n'a pu être produite artificiellement chez des chiens par des injections

(1) Journal de Méd. de Bordeaux, 1880.
(2) Union médicale, Septembre 1881.
(3) Thèse de Paris, 1879.

d'urée, ou de carbonate d'ammoniaque dans le péricarde. On sait d'ailleurs, que les auteurs ne sont nullement d'accord sur la nature des produits excrémentitiels, dont la rétention dans l'organisme détermine l'intoxication dite urémique.

Les ÉTATS INFECTIEUX de tout genre sont des fauteurs de péricardites.

Parmi le groupe de fièvres éruptives, c'est la *scarlatine* qui est le plus souvent accompagnée de péricardite. La fréquence des arthropathies et de la néphrite peut être ici invoquée comme intermédiaire entre la fièvre éruptive et l'affection péricardique. On l'a observée aussi dans la rougeole (Franck), la variole (Desnos et Huchard), même la varicelle (Kirby).

L'*érysipèle* (Jaccoud), la *diphthérie*, la *fièvre typhoïde* l'engendrent moins souvent.

La *cachexie palustre* (Pantélakis (1) a déterminé une péricardite suppurée. Mais ce sont surtout les *maladies pyohémiques* qui ont une importance étiologique considérable, qu'elles agissent directement sur la séreuse, ou que celle-ci s'enflamme par propagation des abcès métastatiques du myocarde. Citons le *puerpérisme*, la *septicémie chirurgicale*, la *coxalgie suppurée* (Le Fort (2). Enfin le *scorbut* engendre une variété de péricardite hémorrhagique (Seidlitz, Kyber).

III

Nous venons d'énumérer toutes les affections dans le cours desquelles la péricardite peut apparaître avec une fréquence inégale, après avoir indiqué qu'elle pouvait exceptionnellement constituer la seule manifestation morbide.

Avant de passer à l'examen des symptômes qui permettent d'établir le diagnostic, rappelons qu'au point de vue anatomo-pathologique, la péricardite peut être *sèche* ou accompagnée *d'épanchement*, que le plus souvent ces deux espèces anatomiques ne sont, comme pour la pleurésie, que deux étapes successives d'un même processus, qu'enfin l'épanchement peut être *séreux*, *fibrino-séreux*, *purulent* ou *hémorrhagique*. Nous examinerons tout à l'heure s'il est possible de diagnostiquer cliniquement, autrement que par la paracentèse du péricarde ou qu'à l'autopsie, la nature de l'épanchement.

Primitive ou consécutive, la péricardite tient sous sa dépendance deux ordres de symptômes.

Les uns, locaux, liés aux altérations anatomiques du péricarde, constatables par les moyens physiques d'examen (inspection, palpation, percussion, auscultation), constituent la véritable base du diagnostic ; mais, comme tous les signes locaux, nous avons insisté en commençant sur ce point, ils peuvent passer inaperçus, si on ne les recherche pas. — Les autres symptômes sont dits généraux; ils sont sous la dépendance des troubles fonctionnels que subissent le cœur et les organes voisins comprimés par l'épanchement; ils peuvent encore résulter des sympathies éveillées en d'autres appareils de l'organisme, comme auraient dit nos pères, ou mieux, pour parler le langage plus précis et moins métaphorique de la physiologie moderne, ils s'expliquent par des actions réflexes dont le point de départ serait l'excitation pathologique de la séreuse péricardique ou plus probablement l'inflammation propagée au plexus nerveux cardiaque.

Suivant notre habitude, nous rappelons pour mémoire les signes classiques connus de tous nos lecteurs, et nous insisterons sur les symptômes particuliers qui ont donné lieu à de récents travaux.

IV

La péricardite a le plus ordinairement, quand elle apparaît secondairement à une autre affection, un *début insidieux*; elle peut même s'être installée si sournoisement et évoluer si complètement inaperçue, qu'on ne la découvre qu'à l'autopsie. M. Letulle a bien décrit (1) ces *péricardites latentes*, qui échappent au diagnostic, soit à cause de l'âge du malade (première enfance et vieillesse), soit parce que leurs signes propres sont masqués par ceux d'autres affections thoraciques, soit parce que l'attention du médecin est détournée vers un autre point de l'organisme par des phénomènes plus bruyants.

La péricardite purulente, la péricardite tuberculeuse sont de celles qui demeurent le plus souvent latentes.

La péricardite primitive a parfois plus d'éclat dans son début; enfin certaines formes, particulièrement décrites par les auteurs contemporains, s'accompagnent d'un retentissant cortége de symptômes douloureux et fonctionnels, et c'est sans doute celles-là que Corvisart avait rencontrées, puisqu'il avait considéré la péricardite comme une maladie à début éclatant et remarquablement douloureuse. Mieux instruits aujourd'hui, nous savons que ce sont là des exceptions.

Si l'on ausculte un malade atteint de péricardite SÈCHE, on entend un *bruit de frottement*, qui, surajouté aux bruits normaux du cœur, donne lieu à un rhythme différent suivant sa place dans la révolution cardiaque. Ce bruit de frottement peut coïncider avec le bruit systolique et simuler un souffle valvulaire rude dont nous verrons qu'il est possible de le distinguer. Pourtant M. G. Sée a cité, dans une récente clinique, un cas où le frottement péricardique, localisé à la pointe, simulait d'autant mieux l'insuffisance mitrale que le malade était affecté en même temps d'accès de dyspnée asthmatique, interprétés d'abord comme dyspnée cardiaque (2).

Plus souvent le frottement, interposé aux deux bruits normaux, détermine un *bruit de galop*, comparé à l'anapeste des anciens (deux brèves suivies d'une longue), distinct du bruit de rappel

(1) Archiv. de Méd. 1878.
(2) Soc. de Chir. 1881.

(1) Mémoire sur les péricardites latentes. Paris, 1877.
(2) Journal de méd. et chir. pratiques. 1882. p. 10.

ou de caille, le dactyle des anciens (une longue suivie de deux brèves), qui est propre à certaines affections cardiaques.

D'après l'*intensité du frottement*, Bouillaud a admis trois variétés. Le premier degré, c'est le *bruit de frou-frou*, de taffetas ou de billet de banque froissé, attestant seulement que les feuillets séreux sont un peu dépolis. Le second, c'est le frottement rude, « cri du cuir d'une selle neuve sous le cavalier » (Laennec), *bruit de râpe*, causé par des fausses membranes épaisses. Enfin, le bruit de *râclement*, parfois comparable à la crépitation des fractures, est un troisième degré qu'on observe dans les péricardites anciennes ou à la période de retour, quand les fausses membranes sont très sèches ou calcifiées.

Malgré l'importance des bruits de frottement pour le diagnostic, il est bon de savoir qu'une simple sécheresse de la séreuse, des ecchymoses ou des plaques scléreuses ont pu les produire, atténués sans doute, mais très perceptibles.

Cantani a observé des *frottements sans péricardite* chez des cholériques dans la période algide, chez des phthisiques, des diabétiques, dans des cas d'athérome des vaisseaux qui rampent à la surface du cœur (1).

Il faut se défier de la tendance à vouloir diagnostiquer trop prématurément la péricardite tout aussi bien que de la facilité à la méconnaître; ainsi, que dire de Reiss (2), qui donne comme signe de péricardite la résonnance métallique des bruits, comme si les bruits métalliques ne se trouvaient pas dans un grand nombre d'états cardiopathiques (hypertrophies, et même simples troubles fonctionnels, palpitations, etc...)?

Mais, quand un ÉPANCHEMENT s'est produit dans la cavité péricardique, nous sommes en présence de signes stéthoscopiques bien différents.

La *matité précordiale* s'accroît; dans quel sens? Suivant Oppolzer, surtout dans la partie supérieure, de manière à constituer un triangle à base supérieure; mais tous les autres observateurs ont vu surtout l'extension se faire dans le sens longitudinal. Racle ne pensait pas que la percussion pût déceler un épanchement inférieur à quatre cents grammes; à ce moment la matité précordiale présente la forme caractéristique d'un *triangle à base inférieure*, à sommet supérieur légèrement arrondi. Gubler enseignait qu'on peut affirmer la présence de quelques cuillerées de liquide dans le péricarde, lorsque la matité dépasse en bas le lieu où la palpation indique la pointe du cœur.

M. G. de Mussy a signalé l'existence d'une zône de sonorité exagérée dans la région dorsale symétrique, en cas d'épanchement considérable, de même que Graves avait noté du tympanisme sus et sous-claviculaire. Se fondant sur des observations anatomiques nombreuses, Rotch (3) considère l'absence de sonorité dans le cinquième espace intercostal droit, comme un signe caractéristique d'épanchement péricardique.

(1) Morgagni, 1880.
(2) Berlin. Klin. Wochenschrift. 1879.
(3) Boston. Méd. and. Surg. Journal, 1880.

La *voussure précordiale* est bien connue depuis Corvisart; l'*effacement graduel du choc* cardiaque, l'éloignement, puis la *disparition des bruits normaux* du cœur sont corrélatifs à la rapidité et à l'abondance de l'épanchement. Passons.

Le *diagnostic de la nature du liquide* ne peut guère reposer que sur des probabilités, sur la cause génératrice de la péricardite notamment : le rhumatisme est bien une présomption d'épanchement séro-fibrineux; le mal de Bright, d'épanchement séreux; les états infectieux, d'épanchement purulent; le cancer, le scorbut, d'épanchement hémorrhagique. Mais combien d'exceptions à cette règle!

V

La *fièvre*, les *troubles fonctionnels de l'appareil circulatoire* (petitesse et irrégularité du pouls, palpitations, congestions et stases viscérales, œdème des membres inférieurs, ou des parties supérieures du corps, même anasarque généralisée), les *troubles respiratoires* (dyspnée, tendance à l'asphyxie), les *troubles de l'appareil digestif* (dysphagie plus ou moins intense), *troubles nerveux* (douleurs à caractères spéciaux, subdélire, lipothymies et syncopes), sont les éléments qui, variables comme intensité et diversement associés, constituent les FORMES CLINIQUES aiguës *simple*, *myocardiaque* ou *paralytique*, *hydrophobique*, *angineuse*, etc.

Un certain *nombre de ces symptômes généraux* peuvent être expliqués par les troubles mécaniques dus à la compression du cœur et des gros vaisseaux, ou des viscères voisins (poumons, œsophage, diaphragme, etc). Mais le côté le plus moderne des travaux sur la péricardite, c'est le rôle que les observateurs contemporains font jouer dans la production d'un grand nombre des symptômes généraux de la péricardite à l'irritation des filets nerveux du plexus cardiaque, appartenant au pneumogastrique et au grand sympathique.

Empruntons un résumé de ces travaux à la remarquable thèse d'agrégation que vient d'écrire M. Letulle (1).

Les *manifestations douloureuses* dans la péricardite sont rares, avons-nous dit, contrairement à l'opinion de Corvisart. M. Sée pense qu'elles se montrent surtout dans les péricardites purulentes. — La douleur peut apparaître dès le début ou même au vingtième jour.

D'après M. G. de Mussy, il faut distinguer des *douleurs périphériques*, irradiées et une *douleur centrale*, viscérale. Celle-ci éclate sous forme de souffrance atroce et subite vers le sein gauche. Continue ou intermittente, elle se réveille de temps en temps, se répand comme des traits de feu dans tout le côté gauche du thorax, s'accompagnant parfois d'engourdissement du mem-

(1) Troubles fonctionnels du pneumogastrique, 1883.

bre supérieur gauche. C'est la péricardite à forme angineuse que Peter appelle l'*angine de poitrine aiguë* et qu'il n'explique que par une névrite aiguë du plexus cardiaque au niveau du péricarde enflammé. C'est à l'excitation du grand sympathique et du pneumogastrique, retentissant chacun pour sa part sur la circulation et l'innervation motrice générale, que se rattachent les symptômes concomitants, les battements du cœur tumultueux et irréguliers, la face pâle et grippée, les extrémités froides, — véritable tétanos vasculaire. Sibson, en Angleterre, adopte cette explication à laquelle Raynaud reproche l'absence de contrôle anatomo-pathologique. Stokes attribuait tous ces troubles à la myocardite seule.

A l'irritation du pneumogastrique cardiaque se rattacheraient encore, dans la sphère du plexus solaire : le *ballonnement* et la *douleur de l'épigastre ;* dans celle du plexus pulmonaire : la *dyspnée*, l'*angoisse*, la *jactitation ;* du côté des nerfs laryngés, la *raucité* ou l'*extinction de la voix*.

On explique encore ainsi la *toux* sèche, quinteuse, *coqueluchoïde* observée quelquefois.

La DYSPHAGIE, symptôme parfois capital, qui peut être le premier signe de la péricardite, ou n'apparaître qu'après quelques jours, serait due au retentissement de l'irritation du pneumogastrique sur les nerfs œsophagiens. Elle peut aller jusqu'à l'*hydrophobie*. Gendrin a créé le nom de *forme hydrophobique* pour les cas où se trouvent réunis le syndrôme dysphagie, hydrophobie et dyspnée diaphragmatique. Bourceret (1) croit que la dysphagie n'existe que dans les cas où une pleurésie gauche coïncide avec la péricardite. Quoi qu'il en soit, cette dysphagie se manifeste *par accès ;* c'est une douleur en avalant, une sensation de constriction au niveau de l'os hyoïde, de brûlure, lorsque la déglutition est terminée, accompagnée parfois de l'horreur des aliments liquides.

Enfin la *mort subite*, qui n'est pas rare dans la péricardite, surtout dans les péricardites hémorrhagiques (Lacrousille), peut être le résultat de l'arrêt du cœur en syncope. Cette syncope ne paraît pas dépendre de l'abondance rapide de l'épanchement seulement, puisque, dans les expériences de MM. Franck et Lagrolet, des injections abondantes dans le péricarde n'ont pu arrêter les contractions du cœur, tant que l'innervation cardiaque reste intacte. Ici encore se retrouvent en présence les deux opinions précédemment énoncées, celle de Raynaud qui fait jouer le principal rôle à la myocardite, celle de Péter qui invoque surtout les troubles nerveux.

VI

Nous terminerons en citant les principales erreurs du diagnostic qui doivent être évitées.

Une pleurésie gauche sèche, une endocardite valvulaire seront-elles confondues avec les frottements de la péricardite sèche ?

(1) Thèse (1877), sur la péricardite hydrophobique.

Dans la première hypothèse, les frottements sont isochrones aux mouvements respiratoires ; ils cessent quand le malade suspend sa respiration. Dans la seconde, il faut avoir présentes à l'esprit les différences essentielles qui permettent de distinguer les bruits de frottements extra-cardiaques des souffles intra-cardiaques.

On doit examiner successivement leur *timbre* (le frottement est un bruit inégal, un craquement, il est comme étalé ; — le souffle est plus uniforme, plus filé, si l'on peut dire) ; leur *siège* (le frottement n'ayant point, comme les souffles, un rapport d'intensité maximum à l'un des foyers d'auscultation des orifices) ; leur *propagation* (le frottement ne se propageant pas dans certaines directions déterminées par le courant sanguin, comme les souffles) ; leur *persistance* (le frottement, variable d'un jour à l'autre comme intensité et comme étendue ; le souffle, constant, s'il n'est point d'ordre purement fonctionnel) ; enfin les *modifications artificielles* que la *pression du stéthoscope* ou la *position assise* impriment au frottement qui devient plus intense, tandis que le souffle n'en est guère modifié.

Malheureusement, malgré ces règles excellentes, on rencontre encore dans la pratique plus d'un cas douteux. La clinique, qui ne le sait ? n'est pas une science mathémathique.

Enfin, au point de vue des erreurs que la matité précordiale et la voussure pourraient faire commettre, on n'oubliera pas de songer à la pleurésie gauche avec épanchement, à l'hypertrophie cardiaque. Mais on examinera, d'une part, le siège, la forme, l'étendue de la matité, les modifications de la voix, de la respiration, des vibrations vocales : d'autre part, l'impulsion du cœur, le niveau où bat sa pointe, et où doit cesser la matité.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

EXERCICE ILLÉGAL.

Dentistes et sages-femmes (1).

A M. Brouardel,
professeur à la Faculté de médecine de Paris, président de la Société de médecine légale.

Monsieur et très honoré Maître,

Il se passe en ce moment à Toulouse, milieu propice aux *cosas de Espana*, un fait bizarre dont nos polémiques professionnelles offrent, je crois, peu d'exemples et qui, malgré sa futilité apparente, si l'on n'envisage que la faible importance des intérêts matériels mis en jeu, me paraît cependant de nature à fixer sérieusement l'attention du public médical, et à motiver une discussion complète, une solution magistrale de la question soulevée.

Acteur dans ce débat, et désireux de lui conserver

(1) Voyez les intéressants développements que ce sujet a déjà inspirés à notre collaborateur M. Liégeois *Conc. méd.* 1882, numéro 37, p. 53.

sa portée morale et sa gravité, je ne saurais, sans risquer de les compromettre toutes deux aux yeux de nos confrères, argumenter une seconde fois dans la presse politique de Toulouse contre un adversaire anonyme, qui prend pour signer ses articles la qualité de « sage-femme », et s'obstine à raisonner à côté de la question.

La situation paraissait donc sans issue et je n'aurais sans doute pas essayé d'en sortir, si la dite « sage-femme » ne m'en avait elle-même, peut-être sans le vouloir, suggéré le moyen à la fois très simple et très complet.

Elle me renvoie, dit-elle, au traité de Briand et Chaudé ; je fais mieux, je la présente à M. Chaudé lui-même, Président sortant (janvier 1883) de la Société de Médecine légale ; ou plutôt, afin de terminer ce préambule, je viens solliciter cette Société dont vous dirigez à votre tour les travaux, Société qui compte dans son sein des magistrats, des avocats éminents à côté des plus savants praticiens, et dont l'autorité en matière de jurisprudence médicale ne peut être mise en discussion, je viens la solliciter au nom de la dignité de notre profession et des principes qui en assurent l'exercice régulier, de vouloir bien porter sur la question soulevée à Toulouse, un jugement motivé qui soit en même temps une éclatante et sévère leçon.

Voici les pièces du débat :

A Monsieur le Commissaire central de la ville de Toulouse.

Monsieur,

Nous avons l'honneur de signaler à votre vigilance les empiètements publiquement entrepris contre les intérêts professionnels du corps médical, dont la défense vous est présentement confiée, par la plupart des dentistes de Toulouse et un certain nombre de sages-femmes.

Les premiers usurpent le titre de docteur ou de médecin qu'ils inscrivent audacieusement sur leur plaque devant le mot « dentiste », alors que, sauf deux ou trois parmi eux, ils n'ont aucun diplôme de docteur ou d'officier de santé délivré en France en vertu de la loi du 19 ventôse, An XI.

Cette même loi spécifie nettement les attributions des sages-femmes : on y lit :

« Art. 32. — Elles seront examinées par les jurys sur « la théorie et la pratique des *accouchements*, sur les « accidents qui peuvent *les précéder*, *les accompagner* et « *les suivre*, et sur les moyens d'*y remédier*. »

On voit par là que toute la mission de la sage-femme est limitée à l'acte même de l'accouchement, et y ajoutant, si l'on veut à la rigueur, la quinzaine qui le précède et la quinzaine qui le suit ; mais que, nulle part, la loi n'autorise la sage-femme, aide subalterne du médecin dans une circonstance toute spéciale et passagère de la pratique, à se donner publiquement comme autorisée à soigner les affections connues sous le nom de « maladies des femmes ».

Usurpation de titre ou usurpation de fonctions, il y a là, dans les deux cas, *un désordre étalé au grand jour* que l'autorité a les moyens de faire *au moins rentrer dans l'ombre*, en exigeant que les *enseignes* des dentistes et des sages-femmes *soient redigées* conformément à la loi ; et nous avons la ferme confiance qu'après avoir favorablement accueilli notre protestation en faveur des droits du corps médical, vous voudrez bien réprimer définitivement ces abus dont la nature particulière avait pu échapper à votre attention, mais qui n'en sont pas moins une indécence et un danger pour l'ordre public.

Veuillez agréer, etc.

A. Labéda,	Broquère,
Président de l'Association des médecins de la Haute-Garonne.	Président de l'Association des médecins de Toulouse.

Cette lettre adressée, le 28 novembre dernier, à M. le Commissaire central, sur la plainte de quelques membres des deux associations, fut publiée ici même, (1) dans le numéro du 10 janvier, — puis reproduite, sans que j'aie été d'ailleurs consulté à cet égard, par un journal politique de la ville, le *Républicain du Sud-Ouest*.

On observera que les deux présidents demandent au magistrat, non pas même la répression de l'exercice illégal, mais, si l'on peut ainsi parler, la répression de l'*enseigne* illégale.

Voici la riposte de l'avocat des sages-femmes :

Toulouse, le 30 janvier 1883.

Monsieur le rédacteur en chef du *Républicain du Sud-Ouest*.

Vous avez inséré, dans votre dernier numéro, une lettre portant une plainte au commissaire central, dans laquelle deux médecins élèvent la prétention de régenter les sages-femmes et de restreindre leurs droits, qu'elles tiennent de la loi.

Ces messieurs veulent bien nous accorder la pratique des accouchements (vraiment !) et à la grande rigueur, ils nous concèdent la quinzaine qui suit et même (voyez comme ils sont généreux !) la quinzaine qui précède (grand merci !).

De telle sorte, et je ne veux citer qu'un exemple, que si une femme en état de grossesse vient nous trouver pour être renseignée sur son état, nous devrons la renvoyer et la prier de revenir quinze jours avant l'accouchement. C'est tout simplement ridicule.

Mais je ne veux pas m'engager dans une discussion médicale qui m'éloignerait de mon sujet. La seule chose que je veuille relever dans le cas présent, c'est que la plainte portée par MM. Labéda et Broquère est irrecevable, parce que ces derniers n'ont pas qualité pour la faire.

Ces messieurs prétendent parler au nom des deux associations des médecins de Toulouse et du département. Or, ces deux sociétés sont de simples sociétés de secours mutuels, chargées de secourir les infortunes de leurs membres et nullement de veiller aux intérêts et à la défense de la profession médicale. Ce dernier rôle est exclusivement dévolu aux associations syndicales. Car, dans la loi sur les syndicats professionnels qui a été déjà votée par les deux Chambres, il est défendu à une société de secours mutuels de se transformer en syndicat.

(1) *Gaz. Medico-Chirurg. de Toulouse*

L'administration a adopté cette manière de voir. Il est arrivé, et le fait a été relaté par votre journal, que certaines sociétés de secours mutuels, de création récente, qui inséraient dans leurs statuts diverses obligations de solidarité professionnelle, se sont vu refuser l'autorisation et ne l'ont obtenue plus tard qu'après avoir retranché les articles incriminés et restreint leur action à l'assistance mutuelle pure et à la bienfaisance entre associés.

La conséquence à tirer de cela, c'est que MM. Labéda et Broquère, en tant que présidents d'une société de secours mutuels, n'ont pas qualité pour se plaindre d'une prétendue usurpation de titres ou de fonctions.

Aussi nous voulons bien croire que la plainte qu'ils ont portée à M. le commissaire central sera vaine, et, qu'avant de l'exécuter, ce magistrat cherchera à s'éclairer sur le droit absolu des plaignants.

UNE SAGE-FEMME.

A la lecture de cette lettre, et jugeant que la discussion s'égarait, je priai le *Républicain* de vouloir bien insérer un rappel à la question, ainsi conçu :

Toulouse, le 30 janvier 1883.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Républicain du Sud-Ouest.*

Dans une lettre extraite de la *Gazette Médico-Chirurgicale*, et reproduite dans votre numéro du 27 janvier, MM. les docteurs Labéda et Broquère avaient, en leur qualité de présidents des Associations des médecins de la Haute-Garonne et de Toulouse, signalé à M. le Commissaire central divers abus commis au préjudice de la profession médicale, notamment par certaines sages-femmes qui s'annoncent comme autorisées à « traiter les *maladies des femmes* », alors que la loi, sauvegarde du bien public, limite sévèrement leur mandat à la pratique des « *accouchements* ».

Que ces agissements illégaux existent publiquement à Toulouse, cela n'est pas contesté et ne peut l'être.

Que les présidents des deux Associations médicales aient eu, non-seulement le droit, mais encore la stricte obligation d'appeler sur ces agissements l'attention de l'autorité, c'est ce qui ressort formellement des statuts de ces deux Associations, statuts approuvés depuis de longues années par le ministre de l'intérieur et par le préfet du département (1), et publiés, d'ailleurs, dans l'Annuaire de la Haute-Garonne, pages 342, 343, où tout le monde peut les lire, y compris la « sage-femme » qui contait ses doléances dans le *Républicain* du 30 janvier.

Veuillez, etc. A. L.

(1) L'Association des médecins de Toulouse a été approuvée par un arrêt ministériel en date du 22 mai 1846.

L'Association des médecins du département a été approuvée par un arrêt préfectoral en date du 13 août 1864.

Extraits des statuts : La Société des médecins du département a pour but... 4° de maintenir *par son influence moralisatrice*, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession.

La Société des médecins de Toulouse a pour but :... 2° d'exercer une surveillance active sur tous les intérêts de l'art de guérir, de maintenir la dignité de la profession médicale...

Peine et logique perdues : accentuant la fausse route initiale, c'est-à-dire confondant plus que jamais le *droit de porter plainte*, qui appartient, selon nous, aux présidents, avec la *procédure* des réparations civiles ou de la répression correctionnelle qui ne leur appartient pas et qu'ils n'ont du reste jamais visée, la « sage-femme » évitant toujours, et pour cause, de s'expliquer sur l'objet même de la plainte des présidents, reprenait en ces termes :

Toulouse, le 3 février 1883.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Républicain du Sud-Ouest.*

Je ne voudrais pas fatiguer vos lecteurs en engageant une polémique à fond sur une question aussi spéciale et dépourvue d'intérêt pour le plus grand nombre.

Mais la lettre de M. A. L... me semble exiger une réponse, que je ferai aussi brève que possible, et à laquelle je vous prie de réserver bon accueil.

Que les présidents des associations des médecins de Toulouse et du département aient cru avoir le droit et même le *devoir* de dénoncer ce qu'ils appellent les agissements des sages-femmes, c'est leur affaire et la chose m'importe peu. Mais que le public prête une oreille complaisante à leurs réclamations illégales, la question change du tout au tout.

J'ai cité dans ma première lettre des faits concluants et qui n'ont pas été relevés, qui prouvent que les sociétés de secours mutuels ont un rôle très étroit, bien défini, et que la défense des intérêts professionnels de leurs membres leur est interdite.

Les associations de médecins sont-elles autre chose que des sociétés de secours mutuels ? La chose n'est ni contestée ni contestable. Le décret du 31 août 1858, qui crée l'Association générale des médecins de France dont relèvent toutes les autres, est très explicite, et ne prête à aucune équivoque.

M. A. L... s'illusionne beaucoup s'il croit que le caractère des associations des médecins de Toulouse a été modifié, parce qu'il est question, dans le préambule de leurs statuts, — d'exercer une surveillance active sur tous les intérêts de l'art de guérir, — de maintenir par son influence moralisatrice l'exercice de l'art dans des voies utiles au bien public, etc.

Croit-il que ces déclarations vagues et platoniques, parce qu'elles ont reçu l'approbation préfectorale ou ministérielle, et ont été insérées dans l'annuaire du département, ont le pouvoir de changer la législation générale?

Ah! le bon billet qu'a La Châtre.

Il m'en coûte d'enlever ses illusions à un homme aussi zélé que M. A. L..., mais je l'engage à relire les auteurs : entre autres le traité de médecine légale de Briand et Chaudé. Je transcris à son intention le paragraphe suivant qui a trait à la répression de l'exercice illégal de la médecine :

« Les médecins peuvent agir, soit chacun isolément, « soit en se réunissant et collectivement, mais *une association de médecins*, *une société médicale ou de secours mutuels* ne pourraient intenter en cette *qualité* « une action de ce genre. » (Briand et Chaudé, « Traité

complet de médecine légale, » page 856, édition de 1869). Ce texte est assez clair et me paraît devoir terminer le débat sans appel.

Veuillez agréer mes remerciements sincères.

UNE SAGE-FEMME.

Telles sont les pièces du dossier : plaise maintenant à la Société de médecine légale en étudier la teneur, pour en tirer telles conclusions qu'il appartiendra, avec prière, cependant, de vouloir bien répondre explicitement aux trois questions suivantes :

1° Les sages-femmes ont-elles le droit d'*afficher* qu'elles « traitent » les *maladies des femmes* ?

2° Dans le cas de la négative, les Présidents des Associations médicales ont-ils été fondés à appeler sur ce fait délictueux l'attention du magistrat spécialement chargé de l'ordre légal sur la voie publique ?

3° Enfin, et dans le cas le plus général (1), les Présidents des Associations médicales considérées purement et simplement comme des Sociétés de secours mutuels, ont-ils le droit de signaler à l'autorité compétente tous les faits délictueux contre la profession médicale parvenant à leur connaissance ?

Ce *droit de se plaindre*, que la loi reconnaît au médecin isolé, et qu'il ne faut pas confondre avec le *droit de poursuivre*, peut-il être refusé au médecin représentant une Société de secours mutuels et parlant en son nom ?

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré maître, l'expression de ma respectueuse considération.

A. LABÉDA.
Président de l'Association des médecins de la Haute-Garonne.

COURRIER

La maladie de M. Gambetta.

— En publiant l'observation de Gambetta, nos maîtres n'ignoraient pas, sans doute, que c'était se soumettre au jugement et à la critique de tout le corps médical.

Sans entrer dans une longue et fastidieuse discussion, je présenterai à mes honorables confrères une série de questions, auxquelles j'avoue humblement n'avoir pu répondre d'une manière favorable à la justification de leur conduite.

Mais la critique est facile loin du lit du malade. Il est des difficultés, des objections à ma manière de voir, qui ont pu m'échapper. Que la lumière se fasse donc pour l'enseignement de tous.

I. — Un homme étant donné, *atteint d'une inflammation intestinale déjà ancienne*, était-il logique, conforme à la tradition, de *rechercher une réunion par première intention d'une plaie par arme à feu*, avec un trajet de 0 m 13 et un épanchement sanguin assez considérable ? Sont-ce là les enseignements de nos anciens maîtres, (Boyer, Lisfranc, Dupuytren, Nélaton, etc.).

Même généralement parlant, n'est-il pas dangereux, dans une plaie par arme à feu, intéressant la paume de la main, la gouttière carpienne, la partie inférieure de l'avant-bras, régions si riches en vaisseaux, en gaînes tendineuses, en articulations, en nerfs et bridées par des plans fibreux résistants, n'est-il pas dangereux, dis-je, abstraction faite de toute autre considération, de *faire un pansement par occlusion, de rechercher la cicatrisation immédiate des orifices d'entrée et de sortie du projectile* ? — N'est-ce pas, comme on dit vulgairement, enfermer le loup dans la bergerie ? — *Les parois des trajets ne sont-elles pas tapissées par des tissus contus, mortifiés, qui doivent fatalement être éliminés par la suppuration?* Le cas échéant, un débridement n'est-il pas plus compréhensible pour favoriser cette élimination ?

II. — Les accidents inflammatoires consécutifs, caractérisés par *le gonflement, la main en battoir, la demi-flexion des doigts, cette douleur tensive, cette sensation d'un corps étranger, croissant sans cesse et prêt à éclater, la rougeur, le léger état œdèmateux, entre les racines du pouce et de l'index*, tous ces accidents peuvent-ils être qualifiés *de légère inflammation adhésive des gaînes?* — L'espace interdigital, situé entre le pouce et l'index, *n'est-il pas le lieu d'élection, le point où s'accusent les inflammations phlegmoneuses* profondes de la paume de la main; en raison de l'absence en ce point de l'aponévrose résistante, qui bride en partie la face palmaire ? — En un mot, le diagnostic, *phlegmon profond de la paume de la main*, ne se présentait-il pas plus naturellement à l'esprit ?

III. — Les douleurs irradiées vers les doigts et la racine du membre, la *disparition assez rapide des accidents inflammatoires de la main, en même temps que se développent des symptômes inquiétanls du côté du tube digestif*, ne sont-ce pas là les signes précurseurs de ce que l'on appelait autrefois *une métastase*, expression résumant une série de phénomènes, dont la clinique nous offre assez d'exemples ? On peut se demander si une suppuration franche de la blessure n'eût pas été une dérivation utile pour empêcher le développement de ces accidents désastreux? N'est-ce pas, en effet, vers le point où existe un stimulus antérieur, vers la partie de moindre résistance que se portent l'inflammation et la suppuration?

IV. — La typhlite et la pérityphlite sont reconnues. Le processus morbide se développe avec les caractères que nous lui connaissons ; quelques rémissions trompeuses sont suivies de désillusions rapides. Qu fait-on pour s'opposer à ce mal envahissant? — On semble attendre le développement de la fluctuation. — Est-ce bien logique? — Chercher une fluctuation dans une inflammation de la fosse iliaque chez un homme obèse, polysarcique? — Les manœuvres que nécessitait cette exploration ne pouvaient-elles pas être dangereuses? Une fluctuation veut une collection liquide bien délimitée. — N'avait-on pas affaire ici à une inflammation phlegmoneuse diffuse et, par conséquent, la fluctuation ne devait-elle pas être trop tardive pour servir de base à un traitement? — N'était-ce donc rien que ces frissons répétés, ces accès des fièvres, entrecoupés par des intermittences apyrétiques? — N'indiquaient-ils pas la formation du pus, dont nos maîtres n'affirment que bien tardivement la probabilité?

(1) La réponse à la deuxième question décide évidemment de la troisième; mais nous voulons tout préciser, et montrer d'ailleurs que l'Asssociation entend porter au grand jour son titre de Société de secours mutuels.

V. — Y a-t-il dans le traitement de ce phlegmon iliaque une médication bien déterminée? — La thérapeutique n'est-elle pas craintive, hésitante, le régime un peu désordonné? Que devons-nous penser de cette profusion de toniques, de stimulants, chez un malade atteint d'une inflammation ancienne de l'intestin, suivie d'un phlegmon du tissu cellulaire post-cœcal? — Un traitement antiphlogistique franc n'eût-il pas été préférable? — Le vésicatoire appliqué ici comme rubéfiant, n'est-il pas dérisoire? — Que n'employait-on la méthode de Velpeau pour déterminer la résolution, ou hâter la suppuration et l'attirer au dehors?

En résumé, il s'agit de savoir si l'occlusion et le pansement de Lister, dont je ne conteste pas les vertus dans les traumatismes chirurgicaux, *sans mortification des tissus*, étaient ici bien à leur place? Et même dans ce pansement, quand la plaie est profonde, n'a-t-on pas soin de ménager une issue au pus, par une réunion incomplète et le drainage?

Les accidents inflammatoires, observés du côté de la main, n'étaient-ils dus réellement qu'à une simple inflammation adhésive des gaînes?

Ne peut-on pas voir dans cet obstacle à l'élimination des parties mortifiées et à l'écoulement du pus, qui devait fatalement se produire, une cause de l'aggravation de l'affection du tube digestif et de la suppuration qui s'ensuivit?

La médication employée contre la typhlite et la pérityphlite fut-elle irréprochable?

J'ose espérer que mes honorables confrères daigneront répondre à cet appel fait à leur science et à leur expérience.

Dr Ch. AUGELOT.

Réponse.

I. — M. Gambetta avait bien eu quelques manifestations douloureuses du côté de l'intestin, mais son état général ne pouvait faire croire à une inflammation chronique du tube digestif, ni modifier les médications générales du traitement chirurgical.

Les anciens chirurgiens n'auraient pas pratiqué un pansement occlusif; mais les progrès de la chirurgie et les résultats habituels indiquent d'employer, dans ces cas, le pansement de Lister, ou tout autre de la méthode antiseptique. Ces sortes de plaies en séton, avec lésions artérielles, réclament une immobilisation rigoureuse telle qu'elle a été pratiquée. Le trajet de la balle était net, les orifices n'ont pas été suturés et permettaient suffisamment aux liquides de s'écouler dans le pansement. Il n'est pas indiqué, à moins que le projectile ne soit resté dans la plaie, de faire de débridement primitif; cela est d'autant moins indiqué qu'on est dans une région dangereuse et qu'on peut aggraver les désordres premiers. D'ailleurs, il est de règle que, s'ils survient une élévation notable de la température, on fasse l'inspection de la plaie; si elle est tendue, douloureuse, s'il y a, en un mot, des signes de rétention, il est temps de faire les débridements.

II. — Le gonflement du premier espace interosseux est bien un des signes du phlegmon palmaire, *mais du phlegmon limité à la gaîne tendineuse du fléchisseur du pouce.* Le gonflement qui s'est étendu à toute la main ne paraît pas phlegmoneux, car il s'est fait *sans élévation de température*; *il n'y a point eu de suppuration de la plaie;* enfin, au lieu de prendre la marche des phlegmons palmaires, il s'est terminé par résolution.

III. — Le terme de *métastase* appliqué à l'apparition de la maladie intestinale, après la blessure de la main, ne pourrait se traduire que par le mot de *pyohémie* ou *infection purulente.* Or, rien, dans la marche des accidents, ne permet d'adopter cette conclusion. Les *phénomènes inflammatoires de la main ont disparu assez rapidement, parce qu'ils étaient simples, non phlegmoneux*, il n'y a pas eu pyohémie: le malade n'a eu ni frissons, ni ascensions alternant avec des descentes saccadées de la température durant cette période de retour à la santé, si nette, qui sépare la blessure et la guérison, de la maladie qui l'a emporté. Au 18 décembre, M. le Dr Lannelongue insistait sur ce fait en ces termes : « toute pensée de résorption purulente ne peut être justifiée ni par *l'état actuel* du membre, ni par la marche absolument apyrétique de la blessure et de la réparation, qui s'est faite *sans production de pus.* »

IV. — Le diagnostic a été nettement établi dès le début; même le 20 décembre, on pensait à une perforation possible du côté du tissu cellulaire rétrocolique, vu le siège de l'empâtement. Malgré l'épaisseur des parois abdominales, les médecins et les chirurgiens appelés ont tous constaté la forme étendue, le siège de la tuméfaction. Ils ont en vain cherché la fluctuation : il n'y en a jamais eu, l'autopsie a démontré pourquoi. S'il y en avait eu, ils n'auraient pas hésité à donner issue au pus, sans attendre. Mais, sans ce signe, sans l'œdème profond qui indique une collection, même quand la fluctuation manque, qui serait assez osé pour porter le bistouri à travers d'épaisses couches de parties molles, (car il eut fallu logiquement faire une ouverture en arrière comme dans les abcès périnéphritiques) et aller à la recherche d'un foyer que rien n'indiquait.

V. — Le traitement a été, nous semble-t-il, rigoureusement calqué sur les indications que l'état du malade fournissait, plusieurs fois par jour, aux éminents praticiens qui l'ont assisté.

Le début s'est caractérisé par des phénomènes intestinaux simples; le malade étant albuminurique, on le soumet naturellement au régime lacté, on lui permet des boissons rafraîchissantes, on lui administre quelques légers purgatifs et du sulfate de quinine.

Quelques jours après, les phénomènes prennent un caractère grave, infectieux et adynamique; l'érysipèle se montre à la suite d'une vésication légère.

En pareille occurrence ce n'est plus l'inflammation qui est à craindre, c'est la septicémie : les toniques, les stimulants ne sont-ils pas nettement indiqués?

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DU LOT-ET-GARONNE.

Les expertises médico-légales

Circulaire adressée par ce syndicat aux autres syndicats.

Dans sa séance du 18 janvier 1883, le syndicat médical de Lot-et-Garonne, ayant connaissance de la résolution votée par le syndicat de l'arrondissement de Baugé, a comme lui pris la résolution suivante :

« En principe, les médecins, membres du syndicat de « Lot-et-Garonne, refusent de faire les expertises médico-légales. Ils ne prêteront leur concours que dans « les cas de flagrant délit prévus par l'article 475, nº 12 « du code pénal. »

« Le Bureau du syndicat est chargé de faire connaître cette résolution aux syndicats médicaux existants. Celui de Lot-et-Garonne adoptera et mettra « en pratique, dès qu'elle lui sera connue, la ligne de « conduite acceptée par la majorité des syndicats. »

En conséquence, je vous prie, très honoré confrère, de vouloir bien me faire connaître l'opinion de votre syndicat relativementà cette question si importante de l'exercice de la médecine légale.

Recevez, honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le secrétaire, Dr CASSIUS.

II

SYNDICAT DU FINISTÈRE.

Monsieur et honoré confrère,

La corporation médicale du Finistère vient de perdre successivement deux de ses membres les plus distingués; le DOCTEUR PENQUER, ancien maire de Brest, *président* du Conseil général *et de l'Association des médecins de l'arrondissement*, officier de la légion d'honneur et de l'Instruction publique, et le DOCTEUR CHASSANIOL, ancien médecin en chef de la marine, officier de la légion d'honneur. Ce dernier, était membre du Syndicat médical du Finistère. Vous n'avez pas oublié le dévouement héroïque dont il a fait preuve, pendant la dernière épidémie de fièvre jaune qui a sévi au Sénégal en 1882.

Quant au docteur Penquer, vous pourrez le juger par la notice nécrologique ci-jointe, publiée dans *les Débats*, par M. Paul Deschanel et les journaux de la localité dont je vous envoie un extrait.

Ami particulier du docteur Henri Roger, et *président* de l'Association des médecins de l'arrondissement de Brest, *depuis vingt-cinq ans*, le docteur Penquer, à notre dernière réunion de l'Association, dans une de ces charmantes allocutions, dont il connaissait le secret, nous confessait qu'il avait d'abord partagé les craintes et les préventions du docteur Roger à l'endroit des Syndicats, mais que ses craintes s'étaient dissipées et qu'il eo reconnaissait aujourd'hui l'utilité.

Le docteur Morvan, ancien député, *vice-président de l'Association* médicale de l'arrondissement et *président du Syndicat* des médecins du département, a été élu *président de l'Association*, en remplacement du docteur Penquer.

Le docteur Maréchal, ancien médecin principal de la marine, et un des membres les plus distingués et les plus zélés du Syndicat, a été nommé vice-président de l'Association, en remplacement du docteur Morvan.

Le Syndicat médical du département, compte actuellement quarante-sept membres, et l'Association de l'arrondisement trente-sept médecins.

Je pense que ces renseignements sont de nature à intéresser les lecteurs du *Concours médical.*

Veuillez agréer, etc.

Dr MARION.

Le *Journal des Débats* a annoncé la mort de M. le docteur Penquer, ancien maire de Brest et président du Conseil général du Finistère. Qu'il nous soit permis, à nous qui l'avons vu à l'œuvre et qui avons eu l'honneur d'être son collaborateur et son ami, de saluer la mémoire de ce citoyen d'élite et de rappeller en quelques mots les services qu'il a rendus au pays.

Né en 1809 à Lesneven, M. Penquer a exercé la médecine à Brest pendant près de cinquante ans avec un dévouement et un désintéressement sans bornes; soo talent, sa vie appartenaient à ses concitoyens, qui ne firent jamais appel en vain à son expérience et à son cœur. Il fut, pendant vingt-cinq années, président de l'Association médicale de l'arrondissement.

Les soins de sa nombreuse clientèle ne l'empêchaient pas de se consacrer en même temps aux affaires publiques. Elu conseiller municipal en 1867, il devint, après la guerre, maire et conseiller général. Son administration fut des plus brillantes : pendant dix ans, de 1871 à 1881, il sut imprimer à tous les services municipaux une direction habile et énergique, maintint un ordre parfait dans les finances, accomplit de grands travaux de voirie, renouvela et assainit les quartiers populeux, fonda un musée de peinture et de numismatique. Dans le Conseil général du Finistère, divisé par des passions ardentes, il était, grâce à l'aménité de son caractère et au libéralisme de son esprit, une conciliation entre les partis extrêmes. Fermement attaché aux idées libérales, dont l'avenir se confondait à ses yeux avec celui des institutions républicaines, il était essentiellement délicat, et jamais sa délicatesse de sentiments ni celle de ses amis n'eut à souffrir de leurs divergences politiques.

La ville de Brest, le département tout entier, lui ont fait de magnifiques funérailles, et les hommes de toutes les opinioos, les légitimistes les plus convaincus aussi bien que les radicaux, qui, les uns et les autres l'avaient combattu avec respect, ont pris part à ce deuil public. De remarquables discours ont été prononcés sur sa tombe par notre excellent ami, M. Bellamy et par MM. Rousseau, député, vice-président du Conseil général; Gragnon, préfet du Finistère, et Gallerand, vice-président de l'Association médicale.

Le nom de Penquer, déjà cher à tous les lettrés par les œuvres poétiques de la femme émineote qui le porte si dignement, restera indissolublement lié aux annales glorieuses de Brest, et à l'histoire des luttes libérales en Bretagoe.

PAUL DESCHANEL.

III

SYNDICAT DE VOIRON

Les nécessités de la mise en pages nous font rejeter à la page suivante le tableau des tarifs que nous communique ce syndicat.

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret de faire part à nos lecteurs du décès de trois membres du *Concours médical*:

M. le Dr Forge, de Montataire (Oise).

M. le Dr Gaymard, de Guillaumets (Alpes-Maritimes).

M. le Dr Leroty, de Briquebec (Manche).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

TARIF MINIMUM ADOPTÉ PAR LE SYNDICAT DE VOIRON (*ISÈRE*).

Au moment où les syndicats discutent les tarifs d'honoraires, nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs, un de ceux qui nous ont paru le mieux conçus.

	1er CATÉGORIE Grands industriels. propriétaires, négociants, notaires, banquiers.	2e CATÉGORIE Petit commerce, chefs d'ateliers, fonctionnaires, petits rentiers, cultivateurs.	3e CATÉGORIE Clients tout juste solvable ouvriers, domestiques.	OBSERVATIONS
Visite en ville, consultation de cabinet..........	**5**		**2**	
Visite d'urgence, à heure fixe..........	**10**		**4**	
Visite de nuit..........	**15**	**10**	**5**	
Visite à plusieurs membres d'une famille.......	Prix intégral de la Visite, plus moitié du prix de la visite pour chaque malade			
Consultation avec un confrère en ville..........	**15**	**10**	**5**	
» en campagne..........	»	»	»	Le Prix du déplacement en plus
Nuit entière passée auprès d'un malade..........	**100**	**50**	»	
Visite extra-muros, en plaine..........	**1 fr.** par kilom. en sus du prix de la visite simple			La distance kilométrique se compte à partir du domicile du médecin, en suivant les routes carrossables.
» en montagne..........	**1 fr. 50 c.** par kilom. en sus			
Consultation donnée en passant, obligeant le médecin à descendre de voiture..........	**3**	**3**	**3**	
Certificats sur timbre..........	**15**	**10**	**5**	
Certificats de vaccine, de décès, de nourrice.....	**10**	**5**	**2**	
Vaccination..........	**5**	**3**	**2**	
Saignée, extraction de dent..........	**10**	**5**	**3**	
Injections hypodermiques isolées..........	**3 fr.** en sus du prix de la visite			
» répétées..........	**2 fr.** en sus.			
Cathétérisme isolé..........	**15**	**10**	**5**	
» répété..........	**10**	**5**	**3**	
Examens au spéculum..........	**15**	**10**	**5**	
Electrisation, ouverture d'abcès, cautérisation....	**id.**	**id**	**id**	
Hernie étranglée réduite par le taxis..........	**100**	**50**	**25**	
Kélotomie..........	**200 fr.** au-delà,			
Ongle incarné, amygdalotomie, phymosis, etc,...	**60**	**40**	**20**	
Accouchement simple..........	**100**	**50**	**id**	
» laborieux..........	**200**	**100**	**50**	Les visites suivantes nou comprises.
Opération de l'hydrocèle, paracentèse abdominale.	**100**	**50**	**25**	
Ablation de cancer..........	**200 fr.** et au delà.			
Fractures simples { bras..........	**150**	**80**	**40**	
Fractures simples { avant-bras..........	**100**	**50**	**25**	Traitement complet
Fractures simples { cuisse..........	**200**	**150**	**100**	
Fractures simples { jambe..........	**150**	**100**	**70**	Les visites et pansements ultérieurs en plus.
Fractures compliquées..........	**id**	**id**	**id.**	
LUXATIONS.... { du membre supérieur..........	**100**	**60**	**30**	
LUXATIONS.... { du membre inférieur..........	**200**	**100**	**50**	
Arrachement de Polypes du nez..........	**50**	**30**	**20**	
Opérations de fistule à l'anus,..........	**200**	**100**	**50**	

RÈGLE GÉNÉRALE : Dans toute opération les honoraires des aides ne peuvent être inférieurs au tiers du prix demandé par l'opérateur.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

3 Mars 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 9

SOMMAIRE

BULLETIN

Comme M. Sée, M. *Peter* n'est guère partisan des bains froids, en tant que médication systématique de la fièvre typhoïde; comme M. Jaccoud, il ne croit guère non plus à cette invasion de parasites qui nous menace comme une onzième plaie d'Égypte : comme ce dernier, il pense qu'en cherchant une *médication parasiticide*, on trouve trop souvent une *médication homicide*; comme lui, enfin, il se déclare opposé à toute *médication systématique*. On veut réduire le traitement de la fièvre typhoïde à la solution de cette question : « Étant donnée une maladie *multiple* dans ses formes, lui trouver une médication *unique*. » Les termes d'une telle proposition sont manifestement contradictoires ; la vraie question est la suivante : Étant donnée une maladie *multiple* dans ses formes, trouver la médication la meilleure pour *chacune* de ses formes. — Toute médication systématique, reposant sur une conception étroite et incomplète de la maladie, vise ou la lésion ou un symptôme particulier, ou la cause du mal. Contre l'altération spécifique des plaques de Peyer, on ne peut rien; contre l'hyperthermie, on n'a pas grand pouvoir, si on ne la combat que par la réfrigération ; enfin contre la cause, si matérielle qu'elle puisse être, c'est bien mal diriger sa thérapeutique que de n'avoir en vue que le microbe. La cause agit, en effet, différemment suivant les cas : la fièvre typhoïde du banquier, victime d'une catastrophe financière, n'est pas celle du paysan; la fièvre typhoïde de la femme du monde n'est pas celle de la femme du peuple ; les *indications* changent suivant que la forme symptomatique est ataxique, inflammatoire, adynamique, putride, ou simplement muqueuse, etc... Ce qui fait le grand intérêt de cette affection pour le clinicien, c'est qu'elle est la plus générale de toutes les maladies aiguës, c'est qu'elle résume les actes morbides les plus divers ; congestions, hémorrhagies, phlegmasies, flux, gangrènes, etc... L'esprit doit être sans cesse en éveil pour prévoir ou combattre ces différents accidents : on a eu tort de donner à ce rôle du médecin le nom d'*Expectation* ; c'est, en réalité, la médecine des symptômes, médecine éminemment rationnelle ; voyons, à côté de cette sage conduite, ce que font les partisans de Brand. Ils partent de ce point de vue très faux que l'hyperthermie est la cause de l'altération des muscles et des autres organes, foie, rein, etc.; tandis que ces altérations sont le fait de l'infection typhoïdique et non point de l'hyperthermie, laquelle peut n'avoir pas existé, alors qu'après la mort on constate néanmoins l'altération de ces organes.

Toute la théorie de l'inventeur de la méthode des bains froids repose sur une série de postulats : l'auteur a comparé la fièvre typhoïde à la fermentation de l'orge germée ; le processus typhoïde n'est pas autre chose qu'une fermentation, et l'élévation de la température observée dans cette maladie est le produit de cette fermentation. D'où il suit que, pour guérir la fièvre typhoïde, il faut abaisser la température du corps par le bain froid, puisque, dans une solution d'orge qui fer-

mente, il suffit d'abaisser la température à 16° pour arrêter le mouvement de la fermentation!

C'est de la chimiatrie dans toute sa beauté : cela confine presque à la démence! Ceux qui raisonnent, en suivant les principes d'une saine induction, concluront des faits observés qu'il existe quelque part, à la région cervicale, un centre thermogène dont la lésion élève la température générale et que l'hyperthermie, loin d'être la cause de la gravité du mal, en est *une des expressions* possibles. Ce qui fait réellement la gravité du mal, ce sont les désordres du système nerveux, délire, agitation, ataxie, adynamie ; ce sont eux qu'il faut combattre, c'est contre eux que l'hydrothérapie, sagement employée, fait quelquefois merveille.

De même, en effet, que l'hyperthermie ne fait pas le péril, de même aussi l'hydrothérapie n'agit pas seulement en refroidissant, mais surtout en tonifiant; elle rentre dans la classse des médications névro-sthéniques : elle calme les agités et relève les déprimés; elle est un *équilibrateur* du système nerveux. Il faut donc conclure de cette discussion que l'eau froide est indiquée, non pas par l'hyperthermie seule, mais par les autres désordres de l'innervation; aussi bien par l'ataxie que par l'adynamie, par le délire que par la stupeur. Elle réussit dans ces cas, alors même qu'elle ne fait baisser la température que de quelques dixièmes de degré : c'est qu'elle a produit sur le système nerveux une modification profonde qui se traduit par un amoindrissement de la fièvre et une amélioration générale.

M. Peter emploie l'eau froide sous forme de lotions vinaigrées; il administre en même temps le sulfate de quinine : quant aux bains froids, il les réserve comme une suprême ressource dans un suprême péril.

Il faut bien savoir que plus une médication est active, plus elle peut aussi devenir dangereuse par sa puissance même. Les accidents produits par l'emploi aveugle de la médication systématique et empirique de Brand ne sont pas douteux. Tout récemment encore, à Paris, une jeune femme atteinte de fièvre typhoïde a été prise, en sortant d'un bain froid, d'un frisson violent produit par une double congestion pulmonaire à laquelle elle a succombé rapidement; on l'eût sauvée, peut-être, en lui pratiquant une saignée, mais la saignée est aujourd'hui complètement démodée! Des hémorrhagies mortelles, des épistaxis, des entérorrhagies ont été également observées chez des malades immédiatement après le bain, et par le fait même de cette médication. On a vu, enfin, des collapsus avec hypothermie, des syncopes mortelles produites par le bain froid et dans le bain même : le médecin a mis dans la baignoire un vivant, il en retire un cadavre : on voit d'ici la situation du malheureux, — du malheureux médecin, bien entendu!

La statistique est, sur ce point, bien instructive : non pas la statistique allemande, puisque les Allemands appliquent le bain à tout malade qui a 38°,5 et guérissent ainsi de la fièvre typhoïde des gens qui n'ont eu souvent qu'un simple embarras gastrique, mais la statistique de Lyon, celle que citait M. Bondet, à la dernière séance; 15 0/0 de mortalité pour les hôpitaux civils où la méthode de Brand est appliquée, 13 0/0 pour les hôpitaux militaires où elle n'a pas encore été mise en pratique.

M. Peter termine en disant qu'il n'a pas pris la parole pour combattre je ne sais quel Messie allemand qui nous apporterait dans une baignoire le Jourdain rédempteur ! Il a visé beaucoup plus haut : il a voulu dénoncer ceux qui tendent à verser dans la chimiatrie et les médications systématiques; il a voulu surtout conjurer la médecine française de rester la médecine du sens commun.

Election. — M. *Ollier*, de Lyon, est élu membre associé national.

Nominations. — Le concours de l'agrégation en médecine s'est terminé par les nominations suivantes : *Paris* : MM. Hanot, Quinquaud, Hutinel, Robin. *Montpellier* : MM. Blaise, Baumel, Artigalas. *Lyon* : M. Bar. *Nancy* : M. Schmitt. *Lille* : M. Leroy.

Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Étude sur les classifications, l'étiologie et la pathogénie des maladies de la peau. Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

PAR LE Dr ARMAND RIZAT.

(Suite (1).

Diagnostic.

N'ayant pas donné dans cette étude la description de chacune des maladies de la peau, je ne m'occuperai ici que du diagnostic différentiel.

(1) V. *Conc. méd.* 1882, nos 49 et suivants.

Les dermatoses présentent, dans leur évolution, une des formes suivantes: 1° *Macules*. — 2° *Erythème*. — 3° *Papules*. — 4° *Tubercules*. — 5° *Vésicules*. — 6° *Pustules*. — 7° *Bulles*. — 8° *Squames*. Il faut y joindre deux autres formes de lésions qui sont consécutives à l'une des précédentes : ce sont les *ulcérations* et les *croûtes*.

Chaque maladie de la peau ne se manifeste le plus souvent que par une des éruptions ci-dessus : ainsi l'*eczéma*, l'*herpès* sont caractérisés par des *vésicules*; le *lichen*, le *prurigo* par des *papules*; mais la *syphilis* présente, dans ses manifestations cutanées, toutes les formes éruptives depuis la *macule* jusqu'à l'*ulcération*, aussi y a-t-il lieu de faire, au point de vue clinique, le diagnostic différentiel entre les syphilides et les maladies de la peau proprement dites. On a bien dit qu'un caractère pathognomonique des syphilides était l'absence de démangeaisons : rien n'est moins exact, car il arrive que, chez des personnes ayant souffert antérieurement, ou souffrant encore, de maladies de peau communes, ou de rhumatismes, les manifestations cutanées de la syphilis s'accompagnent quelquefois de démangeaisons. Bien plus, certaines syphilides ulcéreuses chroniques affectent, dans leur aspect et dans leurs symptômes douloureux, de très grandes analogies avec le *cancroïde*, voire même avec le *cancer*; aussi, dans des cas semblables, où l'intervention chirurgicale semble tout indiquée, doit-on, avant tout, essayer la médication antisyphilitique et souvent on a la satisfaction de voir les instruments tranchants céder la place au mercure et à l'iodure de potassium. De là cette règle de diagnostic : dans une éruption cutanée quelconque, présentant des caractères mal déterminés, il faut soupçonner la syphilis : *ne pas la voir partout, mais y songer toujours*; et ne pas s'arrêter aux dénégations souvent très énergiques des malades, surtout chez *ces dames*.

Quoi qu'il en soit, il y a des maladies de la peau tellement connues que le diagnostic saute, pour ainsi dire, aux yeux. Par exemple, dans la classe des MACULES, tout le monde connaît les *nœvi*, soit vasculaires, soit pigmentaires, le lentigo (de *lens*, lentille) ou tache de rousseur, le chloasma ou masque de grossesse. Les deux premières affections sont congénitales et permanentes, la dernière n'est que temporaire. Les macules symptomatiques d'une éruption disparue s'observent sur les points où se sont developpés les eczémas chroniques, et les syphilides érythémato-papuleuses. Mais, dans ce dernier cas, les macules sont d'un jaune brun sale, dans l'eczéma la coloration est plus foncée.

Si nous passons aux affections dans lesquelles on rencontre l'ÉRYTHÈME, nous voyons que la plupart d'entre elles s'accompagnent de phénomènes généraux qui suffisent seuls à établir le diagnostic. Ainsi l'*érythème* de la *rougeole*, celui de la *scarlatine*, de l'*embarras gastrique* présentent, non seulement dans leur aspect, mais encore dans leur processus éruptif, des différences qui facilitent le diagnostic. La rougeole, par exemple, débute par la face, descend sur le tronc et affecte, dans sa disparition, le même ordre que dans son apparition. La teinte rouge écarlate de la scarlatine, sa disposition en plaques plus ou moins larges, son apparition sur la face en dernier lieu, la pharyngite qui l'accompagne et la desquamation par larges lambeaux épidermiques évitent toute confusion. L'érythème de l'embarras gastrique présente quelquefois une coloration presque aussi foncée que celle de la scarlatine, mais il siège surtout à la paroi abdominale, et la desquamation n'est pas la même.

Il n'est pas possible, non plus, de confondre ces différents érythèmes avec ceux de nature syphilitique, que l'on désigne sous le nom générique de *roséole*. Celle-ci présente quatre formes : la roséole *maculeuse* ou vulgaire, la roséole *en plaques*, la roséole *papuleuse* et la roséole *annulaire*. Comme le nom l'indique, la roséole ne présente pas cette coloration prononcée qui caractérise les érythèmes précédents; dans la plupart des cas, l'éruption syphilitique semble être vue par transparence sous l'épiderme. Quelquefois cependant, dans des roséoles confluentes, la peau présente une teinte rouge sombre, mais qui n'approche jamais de la coloration rose vif de la rougeole ou rouge écarlate de la scarlatine. D'une façon générale, la roséole s'observe sur tout le tronc, quelquefois sur les membres, plus rarement à la face ou sur la peau du crâne dénuée de cheveux : la roséole en plaques n'est qu'une roséole maculeuse très confluente; la roséole annulaire, qui prend toutes les formes gyroïdes, en huit de chiffres, en cercles, en demi-cercles, en cédille, ne se montre que le dixième ou quinzième mois de la syphilis. Le professeur Hardy, à qui nous devons la description de cette forme particulière, en attribue l'origine à l'influence du traitement. Si donc on rencontre un malade présentant cette syphilide, on peut diagnostiquer que sa syphilis date déjà de quelques mois et qu'il s'est soigné. Quant à la roséole papuleuse, les papules qui la constituent sont très peu élevées au-dessus de la peau, et diffèrent totalement des syphilides papuleuses dont je parlerai tout à l'heure.

L'érythème copahique se reconnaît à son siège, aux poignets et aux malléoles; il s'accompagne de démangeaisons très vives. D'autres érythèmes sont provoqués par l'intoxication ou par une cause externe; je citerai l'érythème solaire pour terminer et je passe aux papules.

Le *lichen*, le *prurigo*, le *strophulus*, *l'urticaire*, et la *syphilis* sont les affections cutanées dans lesquelles on observe les PAPULES. Dans le *lichen*, elles sont acuminées, d'un rouge vif, occupent le voisinage des articulations dans le prurigo elles sont plus larges, plus étalées; dans le strophulus, plus volumineuses. La première affection se rencontre chez les vieillards, tandis que le strophulus appartient à l'enfance. L'urticaire se manifeste plutôt par des papulo-vésicules que par des papules vraies, elles ont un sommet jaunâtre, et leur apparition instantanée à certains moments de la journée, leur disparition subite, au bout de quelques heures, suffisent à faire reconnaître l'affection. Ces quatre dermatoses s'accompagnent

d'un prurit très intense, mais c'est dans le lichen que les démangeaisons sont les plus vives. Les papules syphilitiques sont d'une couleur caractéristique, *chair de jambon*, avec absence presque absolue de démangeaisons; les papules s'entourent d'un cercle épidermique ou *collerette de Biett*, dont le bord externe est adhérent à la peau; le bord interne détaché des parties profondes est légèrement frangé, il semble que la papule ait perforé l'épiderme. Ces papules peuvent être isolées ou se rassembler en groupes, en corymbe, et s'observent sur toute la superficie du corps. Au front, elles constituent ce qu'on appelle la *corona Veneris*. Il ne faut pas confondre cette syphilide papuleuse avec la roséole papuleuse. Dans cette dernière, la coloration est plus rosée, elle siége rarement à la face, ne fait pas de saillie au-dessus de la peau, et en dernier lieu, la desquamation est furfuracée, occupe toute la papule et ne présente jamais la collerette de Biett.

Les TUBERCULES de la peau s'observent dans la *scrofule*, dans la *syphilis*, dans la *furonculose*, et dans la *lèpre*. Cette dernière maladie, très rare dans nos contrées, ne nous arrêtera pas. Les tubercules de la scrofule se présentent quelquefois isolés, d'autres fois se réunissent en groupe, s'ulcèrent et constituent le lupus. Leur consistance est demi-molle, leur couleur rouge foncé les distingue de ceux qui se développent dans la syphilis. Ces derniers ont une coloration rouge cuivreux, une consistance plus ferme, et appartiennent plutôt à l'âge adulte que les tubercules de la scrofule qui est une maladie de l'enfance et de l'adolescence. Les tubercules syphilitiques présentent quelquefois une assez grande analogie avec les furoncles; mais dans ce dernier cas, on constate une base d'induration comprenant tout le derme et la douleur, ordinairement nulle dans la syphilis, est très intense dans le furoncle, et s'accompagne de symptômes fébriles.

L'*herpès* (dans toutes ses formes) l'*eczéma*, sont les maladies de la peau caractérisées par les VÉSICULES, elles sont, pour cette raison, rangées dans la classe des *dermatoses humides*. On rencontre encore les vésicules dans la suette miliaire, dans la gale et dans la syphilis. Les vésicules de l'herpès sont transparentes, d'un aspect opalin. Elles sont isolées ou agminées (zona), reposent sur une surface légèrement enflammée; les croûtes sont sèches et brunâtres. — L'eczéma a des vésicules d'un jaune citrin, entourées d'une auréole inflammatoire rouge foncé, s'accompagne de démangeaisons et de cuissons très intenses. Les vésicules d'eczéma sont rarement isolées, elles se développent le plus souvent par groupes, affectent parfois une forme circinée, et peuvent se développer sur tout le corps.

Les croûtes sont jaune clair, et présentent elles-mêmes un aspect humide. — Les vésicules de la *suette* miliaire occupent toute la surface cutanée, mais elles s'accompagnent d'un ensemble de symptômes fébriles et adynamiques. — La vésicule de la gale est remplie d'une sérosité claire et limpide comme de l'eau; de plus, dans ce cas, le sillon de l'acare facilite le diagnostic. Le volume des vésicules varie suivant le genre de l'affection. La suette miliaire est la maladie dans laquelle elles sont le plus petites; puis, vient la gale, et enfin l'herpès. — Dans l'eczéma, elles présentent toutes les dimensions, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à la moitié d'un œuf de poule, ainsi qu'on peut en voir un exemple au musée de l'hôpital Saint-Louis. Mais, dans ce dernier cas, c'est grâce à la réunion de plusieurs (1) vésicules qu'elles atteignent un volume semblable.

La syphilide vésiculeuse est assez rare, elle se montre parfois presque en même temps que le chancre, souvent aussitôt après la roséole, dans tous les cas, c'est une syphilide de la première période. Le volume des vésicules est très petit. Quelquefois elles forment des groupes de huit à dix, et simulent une éruption papuleuse, mais l'examen à la loupe fait reconnaître les vésicules. Comme toutes les syphilides, lorsqu'arrive la période de dessication, elles s'entourent de la collerette de Biett; d'après l'aspect blanc nacré de l'éruption à cette période, on dirait des gouttelettes de plâtre desséché.

Les BULLES sont des vésicules volumineuses. Elles ne se montrent que dans une seule maladie: le pemphigus, qu'on observe chez les enfants syphilitiques congénitaux, ou chez les adultes épuisés par la cachexie.

Les PUSTULES se rencontrent dans l'*acné*, l'*ecthyma* cachectique ou syphilitique et dans la variole. Comme éruption le diagnostic est facile. Quant aux différentes maladies qui leur donnent naissance, on sait que les pustules d'acné s'observent surtout chez les jeunes gens, elles occupent la face, la nuque et descendent rarement au-dessous des fausses côtes. Sur le nez, on rencontre une forme particulière d'acné, l'acné hypertrophique qui augmente le volume de l'organe quelquefois dans des proportions énormes. Il ne faut pas confondre cette dermatose du nez avec la *couperose*; la coloration de cette dernière va du rose vif au rouge foncé; la disposition variqueuse des veinules que l'on voit à la superficie, suffit à éviter la confusion. L'ecthyma se rencontre chez les individus strumeux ou cachectiques, avec la gale et dans la syphilis. Cette éruption siège surtout aux bras et aux membres inférieurs. Les pustules de la variole sont ombiliquées; en outre, l'éruption est généralisée.

A côté de ces éruptions, je placerai le *rupia*, dont la lésion consiste en une bulle remplie d'une sérosité louche qui passe rapidement à la purulence. Cette affection appartient à la syphilis tardive. C'est en quelque sorte le pemphigus de l'adulte.

Le *psoriasis* est le type des maladies de la peau caractérisés par des SQUAMES. On les rencontre également dans la syphilis, mais avec des différences essentielles. Dans le psoriasis, les squames

(1) Quand on se trouve en présence d'un eczémateux, ne jamais manquer de lui examiner les oreilles, on constatera très souvent que l'éruption occupe le conduit, soit à l'état de vésicules, soit à l'état de croûtes.

sont *primitives*, elles ont un aspect brillant, nacré, quand on les gratte avec l'ongle, elles se reforment sous le doigt, mais on ne trouve pas au-dessous d'elles de surface ulcérée; en outre, le psoriasis a deux lieux d'élection pathognomoniques, les coudes et les genoux. Dans la syphilis, les squames sont consécutives, elles marquent la fin d'une éruption papuleuse, — *syphilide papulo-squameuse*; — elles sont d'un blanc mat et n'ont pas de lieu de prédilection.

On donne quelquefois le nom de *psoriasis syphilitique* aux syphilides palmaires et plantaires; mais c'est une dénomination erronée. *Il n'y a pas de poriasis syphilitique*; le *psoriasis* est une entité morbide, c'est une *maladie de la peau*, la syphilide palmaire ou plantaire n'est qu'une manifestation locale et cutanée de la syphilis. Il n'y a même pas dans le mode de desquamation la plus petite ressemblance. Quant à la syphilide papulo-squameuse généralisée, elle peut au premier aspect, offrir une très grande analogie avec le *psoriasis guttata*, mais quand on enlève les squasmes de la syphilide, on trouve au-dessous une surface exulcérée, quelquefois saignante; ce qui n'a pas lieu pour le psoriasis.

Restent les ULCÉRATIONS et les CROUTES.

Je ne citerai que les ulcérations qu'on rencontre le plus fréquemment. Les ulcérations consécutives aux *scrofulides* sont irrégulières, à bords anfractueux et décollés; le fond de la plaie a une consistance molle: on les rencontre chez les enfants et les adolescents. Les ulcérations *variqueuses* siègent aux jambes, à la face interne du membre; elles sont irrégulières comme les précédentes, mais les bords ne sont pas décollés. En outre, on trouve d'autres varices dans les environs de la plaie. Les ulcérations *syphilitiques* se reconnaissent à la régularité de leur forme, les bords peuvent être festonnés, mais ils sont nets, taillés à pic, et non décollés.

J'ai déjà parlé des croûtes consécutives à l'*herpès* et à l'*eczéma*, je n'ai plus à m'occuper que de l'*ecthyma* et du *rupia*. Les croûtes de l'ecthyma strumeux sont noirâtres ou brunes, aplaties ou légèrement excavées. Celles de la syphilis sont, au contraire, proéminentes et étagées et augmentent de largeur du sommet à la base. Les croûtes du *rupia* sont généralement verdâtres, proéminentes comme celles de l'ecthyma, et l'une et l'autre profondément enchassées dans la peau et entourées de la collerette de Biett. On donne à ces croûtes le nom de croûtes ostréacées; on ne peut pas mieux les comparer qu'aux deux valves d'une huître, la valve supérieure représente l'ecthyma strumeux, la valve inférieure l'ecthyma syphilitique et le rupia. Quant aux croûtes du pemphigus, elles sont analogues à celles du rupia, mais on a rarement l'occasion de les observer, les enfants atteints de pemphigus étant dans un état de faiblesse qui leur permet peu de vivre.

(*à suivre.*)

II

Attaques épileptiformes, seuls symptômes d'une double hernie inguinale étranglée,

par le Dr CH. LIÉGEOIS,
de Bainville-aux-Saules (Vosges)
lauréat de l'Académie de médecine.

« Les hernies étranglées, écrivait, il y a trois ans dans ce journal M. *Hambar (de l'étranglement herniaire, Concours médical*, 6 mars 1880), peuvent se compliquer de phénomènes nerveux qui sont la source d'indications thérapeutiques importantes. Ces accidents nerveux peuvent revêtir deux formes, excitation ou dépression. On a observé, *surtout chez les enfants*, des phénomènes d'excitation, *convulsions, strabisme, attaques épileptiformes cessant immédiatement après la réduction* ».

Faut-il s'en étonner? L'irritation douloureuse des filets intestinaux étranglés n'aurait-elle pas le même privilège que la titillation des expansions nerveuses par des ascarides, par des noyaux de fruits, par d'autres corps étrangers? Et puis, que le système nerveux des enfants, dont nous connaissons tous la susceptibilité spasmodique, réponde à une excitation de ce genre, par des manifestations éclamptiques, cela ne nous surprend pas davantage. Il est bon d'ajouter, du reste, que le plus souvent l'éclampsie, en pareille circonstance, n'est pas le seul symptôme objectif de l'étranglement; elle fait partie du cortège symptômatique habituel de la hernie étranglée: coliques violentes, vomissements bilieux ou fécaloïdes, etc.

Mais les attaques épileptiformes dans l'étranglement herniaire ne sont pas que du domaine de la pathologie infantile: on les observe dans l'étranglement herniaire des adultes, je dis plus (et c'est ce qui donne un réel intérêt clinique à l'observation suivante), elles constituent quelquefois les *seuls* (j'insiste sur ce point), les seuls symptômes de la hernie étranglée, les symptômes dits péritonéaux, d'habitude si solennels, étant absents.

Le 11 avril 1881, à neuf heures du soir, on vint me prier de me rendre près d'un homme de cinquante-trois ans, atteint de fièvre chaude (ainsi s'exprima le commissionnaire). Trois kilomètres me séparaient du malade, près de qui j'arrivai à dix heures. Tout habillé, étendu sur un lit, ne proférant pas un mot, M. P. agitait convulsivement les membres supérieurs et inférieurs malgré l'énergique résistance qu'opposaient à ses mouvements automatiques, cinq hommes de première force.

Voulant me rendre exactement compte de ce qu'étaient ces mouvements convulsifs, et, dans ce but, faisant écarter tout l'entourage, je ne tardai pas à reconnaître une attaque épileptiforme des mieux caractérisées: les poings se raidissaient et se tordaient, les membres supérieurs et inférieurs entraient en contraction tonique, le regard était fixe, les pupilles dilatées, la bouche écumante, le

masque facial hideux; puis, après une minute au plus, survenaient des secousses cloniques des membres tout à l'heure contracturés, des grimacements de la face, du strabisme tantôt interne, tantôt externe, des mouvements aussi infructueux qu'inconscients, pour prendre la position assise. Un stertor profond fit suite à ce navrant spectacle : un quart d'heure après, le malade était calme, les paupières closes, continuant à rester complètement étranger à tout ce qui se passait autour de lui.

Ce n'est qu'en tâtonnant que je *mis la main* (pardon de l'expression!) sur le vrai diagnostic, et, j'ai bien le droit d'en être heureux, car j'arrachai ainsi un homme aux étreintes de la mort.

La première idée qui me vint à l'esprit fut que j'avais affaire à un sujet en *état de mal épileptique*, sous le coup d'attaques subintrantes. Mais la femme m'affirmait que jamais, à sa connaissance, son mari n'avait présenté pareil accident : un minutieux interrogatoire me permettait tout au moins de croire que M. P. n'était point un épileptique de vieille date. Aussi, sachant que très rarement, si même le fait existe, l'épilepsie, à ses débuts, procède par accès subintrants, je me crus en droit d'éliminer cette redoutable névrose.

Il m'était encore permis de songer à des crises épileptiformes symptomatiques d'une *tumeur cérébrale* intéressant les méninges. Une fois déjà, je me suis trouvé appelé près d'un homme d'une soixantaine d'années qui, deux ans après une chute sur l'occiput à laquelle on ne pensait plus, éprouva soudain, et à intervalles très rapprochés, des convulsions épileptiformes ressemblant singulièrement à celles de l'épilepsie légitime et que je crus pouvoir rattacher à un de ces abcès torpides du cervelet dont Lallemand cite tant d'exemples. Les anamnestiques nous firent bien vite renoncer à cette manière de voir : M. P. n'avait eu, comme le malade dont je parlais, et comme tous les malades semblables, ni céphalées, ni vomissements, ni troubles de locomotion et d'équilibre, ni parésie des membres ou de muscles innervés par les nerfs basilaires.

Je pouvais croire encore à des convulsions relevant de l'*urémie* consécutive à cette forme insidieuse du mal de Bright, relativement commune, qu'on appelle le *petit rein*, le *rein contracté*, ou *granuleux*. Sans doute, mais rien dans les antécédents du malade n'autorisait ce diagnostic.

Était-ce donc un *simulateur*, cet homme convulsionnaire durant deux heures et qui, pendant le quart d'heure consacré à mes investigations et à mes raisonnements *in petto*, venait de refaire deux nouvelles crises épileptiformes? Mais il ne sentait rien, absolument rien, quand je le piquais avec une épingle, mais ses pupilles restaient immobiles sous l'action de la lumière de la bougie que j'approchais de ses yeux : non, M. P. ne simulait pas.

Eh bien ! alors, qu'avait-il? Je regrette que mes lecteurs aient pris connaissance du titre même de cette note : j'ose croire que le praticien le plus judicieux, le plus expérimenté, n'aurait soupçonné un étranglement herniaire dont ces convulsions épileptiformes subintrantes étaient les seuls symptômes. En vérité, voici ce qui fut pour moi un trait de lumière : en procédant au déshabillement du malade, je fis la découverte d'un vieux bandage, comme il en existe encore quelques-uns dans nos campagnes, fabriqué, paraît-il, il y a quelque vingt ans, par un maréchal-ferrant, bandage en lambeaux, n'exerçant plus la moindre contention, n'étant plus là, si l'on veut bien, que pour signifier la présence d'une hernie, que dis-je, d'une double hernie, inguinale, petite comme une noix, plus petite encore à gauche qu'à droite. On sait que les petites hernies sont celles qui, d'ordinaire, s'étranglent le plus gravement et occasionnent les accidents les plus aigus. Plus de doute possible : c'était là l'unique raison étiologique des attaques épileptiformes. En voulez-vous la démonstration? Dès que l'étranglement fut levé (et le double taxis fut des plus faciles), dès que le bruit de gargouillement m'indiqua le *vade retro* de l'intestin, M. P. ouvrit les yeux, me dit, et à l'entourage, qu'il n'avait plus de mal, et, sur mes instances pressantes il partait de bon matin le lendemain acheter un bandage.

C'est la première fois que je fais semblable rencontre clinique. J'estime que les cas absolument identiques n'abondent pas dans les annales de la science. Dans les nombreuses pages si pleines d'enseignements de toutes sortes que sir *Astley Cooper* (*Œuvres chirurgicales complètes*, traduites de l'Anglais par E. Chassaignac et G. Richelot, Paris, 1837) a consacrées à l'étude des hernies, j'ai bien retrouvé deux observations (p. 275 et p. 291) où il est question de quelques légers mouvements convulsifs dans les muscles de la face, dans les membres inférieurs, mais il m'a semblé que cet auteur avait en vue les convulsions anoxhémiques de l'agonie, car les deux malades dont il parle mouraient quelques instants après l'apparition de ces accidents : du reste, ils avaient subi l'opération de la hernie étranglée.

Les enseignements cliniques à tirer de tout ceci sont les suivants :

1° La symptomatologie d'une hernie inguinale étranglée peut consister uniquement en attaques épileptiformes.

2° Quand le médecin se trouve en face d'attaques épileptiformes dont la cause lui échappe, il ne doit pas négliger d'examiner les anneaux herniaires.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MÉDECINS ET SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

L'exploitation du médecin s'organise sur une vaste échelle et va bon train. Si une réaction ne

se produit à bref délai, nous pouvons prédire la ruine prochaine du Corps Médical.

Il y a deux ans, nous avons reproduit, en entier, une brochure de M. le Dr Surmay, de Ham, traitant, dans tous ses détails, la question de l'exploitation du médecin par les Sociétés de secours mutuels. L'auteur a étudié ce sujet en maître, et il a fait clairement ressortir le coup fatal qui allait être porté à la dignité et aux intérêts du Corps Médical, si celui-ci ne prenait des mesures énergiques contre l'absorption des praticiens par les mutuellistes à des prix dérisoires et humiliants.

Sur cette dénonciation du danger par notre confrère de Ham, danger qui n'était que trop réel et menaçant, la Fédération Médicale Belge crut devoir mettre cette question à l'ordre du jour de son Assemblée générale du mois de septembre dernier, après avoir pris l'avis, sur cette question, de ses diverses associations affiliées.

Après l'analyse des rapports de toutes ces Sociétés, le Secrétaire de la Fédération Médicale, M. le Dr Goffin, concluait en disant:

« Ils mettent d'abord un fait hors de doute, « c'est que les Sociétés de secours mutuels font « bon marché de la dignité du médecin, en qui « elles ne semblent voir qu'une machine à ex- « ploitation. En effet, toutes ces associations sont « fondées uniquement pour faire obtenir à leurs « membres le secours médical et pharmaceuti- « que au plus bas prix possible. Elles imposent « au médecin une somme de devoirs excessive, « spécifiée par un règlement dont chaque article « est une atteinte à sa dignité et le réduit à la « plus humble dépendance. Nous sommes unani- « mes à reconnaître que cet état de choses ne peut « être toléré plus longtemps et il nous importe « de trouver la formule qui concilie le mieux nos « intérêts et nos sentiments d'humanité. Les mé- « decins de France, à qui M. le Dr Surmay s'est « adressé, ne l'ont pas trouvée jusqu'ici. Il serait « désirable que nous fussions plus heureux dans « la Fédération Médicale Belge. »

Malheureusement, la discussion qui s'onvrit sur ce sujet à la Fédération Médicale, ne passionna pas suffisamment l'Assemblée, qui ne pouvait croire à un danger imminent, et il fut décidé que la solution de cette question serait reportée à l'Assemblée générale de l'année suivante.

Dans l'entretemps, les Sociétés de secours mutuels de tous les genres profitèrent de la profonde quiétude du Corps Médical pour organiser leurs services médicaux à prix réduits. Un de nos confrères gantois nous transmet la circulaire suivante, qui est adressée à tous ses confrères de la ville et des environs.

Par ce document, on pourra juger de la position qui est faite au médecin qui accepte ce marché de dupe, qui porte atteinte à sa dignité et à ses plus légitimes intérêts.

Gand, 12 janvier 1883.

La Mutualité du Commerce et de l'Industrie à M. le docteur X...

« Le Conseil d'administration de la Mutualité du Commerce et de l'Industrie, discutant les intérêts des sociétaires malades, a résolu de tenter l'introduction dans la Société, d'un progrès qui est depuis longtemps la règle dans les grands centres mutuellistes de Bruxelles, de Liége et d'autres villes encore.

« Dans ces centres importants, une convention est passée entre les Sociétés mutuellistes et un certain nombre de praticiens en vertu de laquelle ces derniers, devenus médecins en titre de la Société, abaissent en faveur des sociétaires le coût de leurs visites à un franc.

« Les noms des médecins de la Société sont imprimés sur une carte spéciale, estampillée par le Conseil d'administration, et dont chaque sociétaire possède un exemplaire.

« Telle est la mesure que la Mutualité du Commerce et de l'Industrie, dont le chiffre des membres s'élève aujourd'hui à 350, voudrait introduire chez elle.

« A cet effet, le Conseil d'administration s'adresse à vous, Monsieur le docteur, pour vous proposer de faire partie de notre future Fédération médicale, moyennant la concession pécuniaire qu'un nombre considérable de médecins de nos grandes villes ont consentie sans hésiter.

« Si les consultations à nos sociétaires sont moins lucratives, en revanche, il y aura, comme compensation pour le médecin fédéré, un considérable accroissement de clientèle, avec la chance de se faire connaître en dehors du cercle des mutuellistes, par les relations familiales ou mondaines de ces derniers, car la plupart de nos sociétaires, quoique d'une position de fortune assez modeste pour que la Fédération médicale devienne pour eux un véritable bienfait, tiennent une place honorable dans le monde.

« La femme et les enfants du sociétaire jouiraient également de la réduction accordée au chef de famille.

« Nous croyons que vos propres intérêts largement compris, appuyés par des considérations philanthropiques, auxquelles un homme de votre position sociale ne saurait demeurer étranger, vous engageront à répondre affirmativement à notre proposition.

« Dans ce cas, vous voudrez bien signer le bulletin d'adhésion ci-joint et nous le retourner ensuite.

« En attendant, veuillez recevoir, Monsieur le docteur, l'assurance de notre considération distinguée. »

Le Secrétaire, E. BEDINGNARDS. — *Le Président,* A. LUFFES.

La teneur de cette circulaire ne comporte pas de longs commentaires. On saisit tout aussitôt le but de l'Association des mutuellistes et le résultat qui s'en suivrait infailliblement, si ce but pouvait être atteint.

Les ressources de la médecine pratique, on ne le sait que trop, ne cessent de diminuer chaque année, à cause du nombre toujours croissant de nouveaux docteurs que nos Universités lancent dans l'arène.

La nécessité de se créer une clientèle et de suffire au budget du ménage, a pour conséquence une concurrence sans bornes, dans laquelle on cherche à triompher en faisant de la médecine au rabais.

La situation est donc, par elle-même, des plus tendues, et il est bon nombre de nos confrères qui se trouvent dans une position qui est loin de l'aisance.

Et, comme on vient de le voir, cela ne suffit pas encore : l'on vient proposer de réduire le prix de la visite au quart ou au cinquième de ce qu'elle devrait être cotée.

Et puis, que l'on veuille bien le remarquer : ce n'est plus ici ni le pauvre, ni le simple ouvrier qui se trouve en cause ; ce sont les industriels, les commerçants, etc., y compris toute leur famille, c'est-à-dire toute la bonne bourgeoisie que l'on vient nous demander de traiter à vil prix.

Eh bien! si pareil projet avait quelque chance de réussir, nous sommes à nous demander ce que deviendrait le Corps Médical?

Sa ruine, sans aucun doute, ne se ferait pas longtemps attendre.

Notre courageux confrère, le Dr Surmay, de Ham, qui a lutté avec tant d'énergie contre toutes ces Sociétés soi-disant philanthropiques, qui exploitent les médecins, avait mille fois raison de faire un appel chaleureux à la réaction contre ces Associations que l'on voit surgir partout sous toutes les formes et qui menacent de se généraliser.

Voici comment on a procédé à la dégringolade de la pratique médicale :

D'abord c'est la médecine des pauvres que les administrations de bienfaisance ont mise à nos charges à peu près gratuitement.

Ensuite, ce sont les associations ouvrières qui ont réclamé les soins du médecin à un prix infiniment réduit.

Maintenant, voilà que les industriels, les commerçants, etc., etc., cherchent à affilier les médecins pour en obtenir, *au prix d'un franc* la visite, non-seulement pour eux, mais pour toute leur famille.

Demain, nous verrons se former le *Cercle de la noblesse*, qui daignera nous offrir de nous y associer pour les médicamenter, *intus et extra*, à prix infiniment réduits !

Il est urgent que des mesures énergiques soient prises immédiatement pour conjurer le danger dont nous sommes menacés. C'est à la Fédération Médicale qu'incombe le devoir d'intervenir sans retard. (*Le Scapel, de Liège*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX AMÉRICAINS

Doit-on faire bouillir le lait pour les petits enfants (1). — Si en France on n'est pas d'accord, même à l'Académie de médecine, sur l'alimentation des jeunes enfants, il en est probablement ainsi dans tous les pays civilisés, où l'on tient à faire autrement que les sauvages et que les animaux — tout en faisant plus mal. En Amérique, on ne s'entend pas mieux qu'en France à ce sujet. « Doit-on faire bouillir le lait ? Vaut-il mieux s'en servir au naturel? » L'auteur de l'article que j'analyse ici, avait avancé qu'il faut faire bouillir le lait pendant que règne la diarrhée d'été.

(1) *Canada médical and surgical journal, october 1882; et The College and Clinical Record.*

Un correspondant critiqua assez vivement cette manière de voir et publia un article contre le lait bouilli dans *Cincinnati Lancet and Clinic.*

Voici la réponse avec les preuves à l'appui : On a dit que le lait bouilli n'était pas facile à digerer; c'est toujours le contraire que nous avons vu, aussi bien dans la diarrhée chronique des adultes, dans la convalescence des maladies aiguës, dans la fièvre typhoïde, que chez les enfants. Le lait cru forme souvent dans l'estomac de arges coagula que l'enfant vomit ou rend par l'intestin sans qu'ils soient digérés; cela arrive moins avec le lait bouilli. On dit qu'il faut chauffer le lait un peu au-dessus de la température du corps : il vaut mieux l'élever à une haute température et le laisser refroidir un peu. En effet, le lait devient facilement acide; il absorbe facilement les gaz et les odeurs, et peut facilement devenir un agent de transmission des maladies, en s'imprégnant des émanations des affections zymotiques, comme la fièvre typhoïde (Murchison), la scarlatine (Bell), la diarrhée (Wilson) etc.

Ce danger est signalé par les auteurs. Wilson (1) dans son traité d'hygiène dit que beaucoup de diarrhées mortelles, survenues pendant l'été ou l'automne, tiennent à ce que le lait est impur, à ce que les biberons ne sont que rarement ou jamais proprement lavés. Aussi est il d'avis de faire bouillir le lait, surtout dans la saison chaude. C'est aussi l'opinion exprimée par le Dr Day dans un ouvrage récent sur les maladies des enfants. Enfin Meigs et Pepper, J. L. Smith parlent avec éloge des nourritures artificielles à base de lait bouilli, ajoutant que souvent elles sont mieux supportées que le lait cru coupé d'eau.

D'un autre côté, Bollinger a rendu des veaux tuberculeux en les nourrissant de lait de vaches tuberculeuses, et a montré une fois de plus qu'il est bon de désinfecter le lait par la chaleur.

Enfin, en ville, on a souvent du lait qui date de douze ou de vingt-quatre heures, dont la fermentation acide est très avancée, lait que l'on est obligé de soumettre à la cuisson si on veut le conserver.

Il y a du vrai dans les raisons apportées par notre confrère américain; il est certain que plusieurs épidémies de fièvre typhoïde ont dû leur cause à la propagation de la maladie par le lait; Taylor (2), Ballard (3) et d'autres auteurs (4) ont rapporté des faits probants. Murchison (5) eut six de ses enfants atteints après avoir fait usage de lait provenant d'une ferme où sévissait la fièvre typhoïde. Trois paroisses de Londres, dans lesquelles un grand nombre de personnes aisées faisaient usage du même lait, furent éprouvées par l'épidémie.

Pasteur a démontré qu'au sortir du pis de la vache, le lait contient déjà des germes qu'il rencontre sur les tissus extérieurs; à ceux-ci s'ajoutent ceux qu'il trouve dans les vases malpropres, dans les biberons mal lavés. Henry a fait dernièrement des recherches sur le lait des crèches de Paris : sur trente-et-un échantillons, vingt-

(1) Page 53, 3e édition Philadelphie 1877.

(2) *On the communication of Fever by Ingesta : Ed. med. journ; June* 1858.

(3) *On a localised Outbrdak of Typhoid Fever tracet to the use of impure milk: London* 1871

(4) *Lancet* 1873-1842. *Brit. med. Journ.* 1871, *p.* 291.

(5) *Brit. med. Journ.* 5 sept. 1873 et *La fièvre typhoïde,* traduc. fr. Paris, 1878, page 62, note.

huit ont donné un lait acide et rempli de vibrions et de bactéries; ces végétations se trouvent surtout dans les tubes et les renflements.

Mais, est-ce que l'ébullition du lait suffira pour détruire tous ces germes, pour empêcher que le lait de mauvaise qualité ne donne la diarrhée aux enfants; je ne le crois pas. Le lait bouilli fermentera lui aussi; les vibrions des tubes s'y développeront lorsqu'il sera refroidi.

Ce qu'il faut, c'est employer du lait le plus frais possible; renouveler sa provision trois ou quatre fois par jour; ne pas conserver le lait, comme on le fait, dans des vases à large ouverture, mais dans des bouteilles à col étroit et bouchées avec de l'ouate; laver à l'eau *bouillante* les biberons et les tubes, tous les vases par lesquels passe le lait avant d'arriver dans l'estomac de l'enfant. Ce qu'il faut avant tout, c'est ne se servir du biberon que lorsqu'on ne peut pas faire autrement, lorsqu'on ne peut pas, à défaut de nourrice, faire téter l'ânesse ou la chèvre. Le professeur Parrot a montré dernièrement que les nourrissons syphilitiques, qui mouraient sans exception à l'hospice des Enfants-assistés lorsqu'ils étaient nourris au biberon, guérissent dans une assez grande proportion lorsqu'ils tètent directement la chèvre et surtout l'ânesse.

*
* *

De la diphthérie. — (1) La première bonne description de cette maladie est due à un américain de New-York, le Dr Samuel Bard. Home et plusieurs autres écrivains anglais avaient bien décrit le croup, qui est une des formes de la diphthérie, mais ils n'avaient en vue que l'affection locale. C'est Samuel Bard, le premier, qui montra que les épidémies du moyen-âge et la maladie appelée *croup* en Ecosse, et décrite plus tard à Boston, étaient des variétés d'une même maladie.

La diphthérie est habituellement épidémique, parfois endémique. — Son caractactère particulier est l'existence dans la gorge d'une fausse membrane adhérente.

Quelle est sa nature? Doit-elle son existence à des germes? — Un de ceux qui ont le mieux écrit sur cette matière, le professeur Jacobi, ne croit pas aux germes; il n'y croyait pas, du moins, il y a deux ans; mais on change si vite d'opinion de nos jours.

Il y a dans les fausses membranes des corpuscules microscopiques généralement arrondis. Ces germes sont-ils, oui ou non, la cause de la maladie? Je ne considère pas la question comme entièrement résolue; mais s'ils n'en sont pas la cause première, ils ont au moins beaucoup de rapport avec elle: ils la transmettent. Le professeur Wood, de Philadelphie, a reconnu, d'après des expériences très concluantes, que les bactéries sont en rapport avec la violence de la maladie et qu'elles existent dans le sang dans tous les cas de diphthérie maligne; qu'elles s'attaquent aux globules blancs, et que c'est en détruisant ainsi le sang à son origine que la maladie agit sur l'économie toute entière. D'après le même auteur, ces bactéries existent non-seulement dans la diphthérie, mais dans toute inflammation sérieuse de la gorge; l'important est de savoir que leur nombre est en rapport avec la gravité de la maladie.

(1) *The medical record. New-York, october* 21, 1882; leçon faite à *the Bellevue Hospital Médical College, New-York par le Dr Morell Mackenrye* (résumé).

Une fausse membrane fraîche peut reproduire la maladie; elle ne le peut plus lorsque la bactérie a été détruite; mais en desséchant la fausse membrane, on peut avoir détruit quelque autre élément producteur de la maladie.

Vous trouverez les symptômes décrits dans tous les livres. J'arrive au pronostic: Il ne faut pas se laisser guider par les statistiques; on ne peut pas évaluer ainsi le taux de la mortalité; elles peuvent nous apprendre le nombre des cas de mort, mais elles ne disent rien des cas légers. Cette maladie est tellement fatale que, dès qu'une fausse membrane est déposée sur un côté du pharynx, et surtout dans le larynx, vous pouvez considérer votre malade comme dans le plus grand danger. Votre pronostic devra donc être très réservé.

Ordinairement la température n'est pas très élevée, elle l'est souvent moins que dans une amygdalite simple; mais dans les cas graves elle est quelquefois excessive. C'est un mauvais signe si, dès le début, à une température élevée se joignent une grande dépression et des nausées.

Je crois que la maladie est d'abord locale: mais quelquefois l'action du poison est telle, qu'elle paraît générale dès le principe.

Les remèdes les plus variés ont été recommandés. Je me rappelle avoir lu un ouvrage d'un médecin français, dans lequel la saignée est vantée. L'auteur de cet ouvrage a traité ainsi cinquante ou soixante malades qui ont tous guéri. C'est là un très mauvais traitement. Cela prouve qu'on peut faire un mauvais diagnostic ou bien qu'il y a des peuples qui résistent mieux à la déplétion que d'autres.

Le traitement doit être général et local. Dès le début vous donnez les stimulants et sous la forme la plus active, eau-de-vie, vin de Porto, nourriture reconstituante. Lorsqu'il commencera *à se manifester de l'amélioration,* vous aurez recours aux vins légers, au champagne en particulier. Dans un grand nombre de cas, on doit administrer les stimulants aussi bien la nuit que le jour, et j'ai vu survenir des cas de mort pour n'avoir pas suivi cette règle. Si l'on a affaire à des enfants, il faut les réveiller toutes les quatre heures pour leur donner des stimulants et de la nourriture; c'est là une exception à la règle qui veut qu'on ne réveille pas les malades pour leur administrer des médicaments.

Le plus utile des médicaments est le perchlorure de fer qu'on doit faire prendre dilué dans beaucoup d'eau, Quand la température est élevée, la quinine trouve son utilité; souvent elle a pour effet de faire descendre le thermomètre à la normale.

Beaucoup de spécifiques ont été vantés. Je n'ai pas eu beaucoup de succès avec eux. Le chlorate de potasse a été très prisé à la fois comme spécifique, et comme remède local. Vous pouvez l'employer, parce qu'à dose convenable il ne peut pas faire de mal, et qu'il peut faire quelque bien.

Le Dr Beverly Robinson a recommandé le copahu, qui produit un effet très marqué aussi bien sur la muqueuse du pharynx, du larynx et des bronches, que sur celle de l'urèthre. Je l'ai essayé sous la forme de capsules qui se fabriquent en France et que les enfants prennent facilement; et j'en ai obtenu de très bons résultats; mais je dois dire que j'en ai fait usage dans la forme catarrhale de la diphthérie, forme légère, dans laquelle l'exsudat n'est pas très adhérent.

Un grand nombre de médecins peuvent, durant toute

leur vie, ne voir qu'un petit nombre de cas de diphthérie, et ne rencontrer que des épidémies d'un caractère bénin. Voilà pourquoi des médecins vous disent qu'ils n'ont pas perdu un seul malade depuis qu'ils ont commencé à employer tel ou tel remède. Voilà pourquoi beaucoup de remèdes ont eu leur vogue.

Ceux qui en ont le plus aujourd'hui, comme remèdes locaux, sont l'eau de chaux et l'acide lactique. Ils ont un grand avantage : ils ne font aucun mal. Et je puis dire que c'est un grand point, quand vous essayez un remède, d'en employer un qui ne fait point de mal. Autrefois on se servait des caustiques violents, tels que l'acide chlorhydrique et le nitrate d'argent, et si le malade guérissait, on pensait toujours que l'événement était dû à l'acide ou au nitrate ; mais tout cela est changé. Nous savons maintenant que si l'on emploie des caustiques violents, l'effet produit est presque toujours l'extension de la maladie. Le remède enflamme et irrite, et une fausse membrane se forme à côté de celle qui existait déjà.

On a employé certaines solutions que l'on disait capables de dissoudre la fausse membrane ; mais malheureusement, quand nous avons affaire au sujet vivant, nous sommes dans des conditions bien différentes de celles où l'expérience est faite dans une éprouvette. J'ai toujours vu que lorsque la substance employée avait un effet suffisant sur la fausse membrane, elle produisait un mauvais effet sur la muqueuse que l'on voulait guérir. Dans trois cas j'ai essayé l'eau de chaux sur des fausses membranes situées sur les lèvres ; je touchais un côté avec le liquide, j'abandonnais l'autre à la nature. Le côté traité guérit rapidement, l'autre resta stationnaire.

Je dois vous parler maintenant d'une classe de remèdes que j'ai fait connaître, et dont l'emploi commence à se vulgariser en Angleterre. Je veux parler des substances qui empêchent le contact de l'air, en formant un vernis sur la muqueuse. Tels sont le benjoin et le tolu dissous dans l'éther, le chloroforme ou l'alcool. Le tolu dissous dans l'éther, dans la proportion de 1 à 5, fait un excellent vernis, suffisamment adhérent, et qui n'a pas besoin d'être renouvelé. De plus il ne cause aucune souffrance.

On a recommandé des applications locales d'acide phénique, d'acide salicylique, etc., dans le but de détruire les germes. L'acide phénique très dilué est un bon remède.

Voici pourquoi j'ai introduit dans la thérapeutiqu de cette maladie les substances qui vernissent la membrane muqueuse : la matière vivante, quelle qu'elle soit, qui produit la fausse membrane, a besoin de la présence de l'air ; en éloignant l'air, vous prévenez le développement des germes. C'est pourquoi aussitôt que possible, j'applique le vernis sur la fausse membrane et autour d'elle. Cette application est quelquefois difficile. Voici ma manière de procéder : je sèche la partie malade avec du papier buvard, et immédiatement après j'applique le vernis ; mais vous trouverez des patients qui feront des efforts pour vomir dès que le buvard aura touché la gorge, et la muqueuse redeviendra aussitôt humide. Dans ces cas, je place un peu de linge au bout de mon doigt, je sèche la gorge et j'applique très vite le vernis avec un pinceau. Cela ne fait pas de mal aux enfants, et je parle des enfants, parce que neuf fois sur dix, nous avons affaire à eux. Je vous dirai encore ceci : Si vous éprouvez de la difficulté, employez le vernis tout de même.

J'ajouterai quelques mots sur l'usage de la glace et de la vapeur, qui sont utiles, mais à des époques différentes de la maladie. Au début, la glace calme l'inflammation, et soulage les malades. Les enfants sont quelquefois heureux d'avoir des morceaux de glace dans la bouche. On peut en employer une grande quantité sans danger. Elle n'est contre-indiquée que dans les cas de dépression exceptionnelle, d'empoisonnement général avancé et de gangrène.

C'est Prosser James, de Londres, qui recommanda le premier la vapeur. Elle le fut ensuite par Oertel, qui prétendait que c'était le seul remède de quelque valeur, parce qu'elle aide la chute de la fausse membrane. C'est surtout lorsque la fausse membrane tend à se détacher, que la vapeur produit de très bons effets. Je ne pense pas qu'elle puisse faire du bien au début, parce qu'elle diminue la vitalité des tissus. Je vous engage à l'employer en temps utile chargée de quelque substance antiseptique.

*
* *

Comparaison de la température des différentes parties du corps. — Le Dr Henry Ling Taylor publie un article sur ce sujet dans *The Med Record* du 18 novembre 1882. On admet, dit l'auteur, que la température est d'un degré Fahrenheit (1) plus élevée dans le rectum que dans l'aisselle ; mais il y a des exceptions.

Voici, du reste, les conclusions de l'article :

1° La différence entre la température de l'aisselle et celle du rectum et du vagin, est d'environ 1° F. en faveur du rectum et du vagin.

2° Dans certains cas, la température est beaucoup plus haute dans l'aisselle que dans le rectum et le vagin.

3° La différence ne semble pas avoir de rapport avec l'élévation de la température.

4° La température buccale est d'environ 1/2 degré plus élevée que la température axillaire.

Très souvent, dans l'œdème des nouveau-nés, il y a une différence de 2/10 ou 3/10 de degré en faveur de la température axillaire. Le professeur Parrot l'a indiqué dans ses cliniques sur l'athrepsie, et je l'ai constaté moi-même bien des fois.

Le professeur Peter a poussé plus loin l'étude de la température. La différence de température d'un côté du corps à l'autre est pour lui un signe diagnostique important. En effet, la chaleur est plus élevée au niveau de l'organe malade. C'est ainsi que dans les cas douteux, une différence de température des deux sommets de la poitrine (température prise sous la clavicule, par exemple) indique sûrement l'existence de tubercules. De nombreux travaux ont déjà été publiés sur ce sujet.

Dr Edmond Chaumier.

(1) 1° F. correspond à peu près à 1/2 degré centigrade. Le zéro du thermomètre centigrade correspond à 32 du thermomètre Fahrenheit ; 100 correspond à 212 ; il y a donc 180 degrés de 0 à 100.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

L'Association des Médecins. — Ce qu'elle a fait. Ce qu'elle fait. Ce qu'elle pourrait faire.

Ce qu'a fait l'Association? Elle s'est d'abord fondée. C'est bien quelque chose! C'est même beaucoup, à ce que racontent quelques-uns de nos « anciens » les mieux informés et les plus dignes de foi. On est un peu trop naturellement porté, sur notre terrain, comme sur tant d'autres, à oublier les efforts et les actes de ses devanciers, à faire table rase du passé; c'est pourquoi, la plupart d'entre nous, nous faisons naïvement commencer l'histoire à notre règne et nous n'accordons qu'un souvenir distrait à tout ce qui fut et qui précéda. Tendance égoïste qui a ceci de particulièrement détestable, c'est qu'elle dispense de la reconnaissance, cette justice du cœur. Il en a fallu pourtant! de la patience, du courage et de l'énergie pour arriver à se grouper, à unir, à réunir des hommes qui semblaient si complètement divisés sur les points essentiels, qui se défiaient les uns des autres, qui se jalousaient et se discréditaient à qui mieux mieux et dont la devise unique se résumait ainsi: « Moi, moi seul, et ça suffit. » Quelles batailles on a dû livrer contre cette trop fameuse « invidia » restée si longtemps notre honte, et quelles humiliantes défaites ont été tout d'abord subies! Ah! la tâche était rude, et j'ai souvent entendu dire à feu le Dr Mabit, qui fut un président si respecté et qui était si jaloux des prérogatives et du prestige de sa profession, que maintes fois il avait été sur le point de renoncer à l'entreprise, qu'il avait tentée, de concert avec quelques vaillants de son espèce, et que tant d'autres, moins bien inspirés et encore très défiants, essayaient d'enrayer par tous les moyens possibles. Les causes bonnes finissent toujours par triompher. Peu à peu, celle-ci gagna des partisans. Les résistances s'amoindrirent, s'atténuèrent, et si elles ne disparurent point, c'est que la perfection ne se peut atteindre, dit-on, en ce monde inférieur. Mais on se rapprocha, on s'étudia, on se connut, et bien des malentendus s'effacèrent. On sait quel rôle prépondérant notre Association de la Gironde a rempli dans ces solennelles circonstances. Je ne veux pas en inférer que l'âge d'or de la médecine prît jour à ce moment et que l'on n'entendit plus au dehors que des paroles de paix et de concorde. Ce qu'il y de sûr, c'est que la confraternité devint, au lieu d'un mot, une réalité; c'est que la courtoisie, la déférence, le respect des droits d'autrui pénétrèrent plus largement dans nos mœurs — et que, parallèlement, le culte de la dignité, de la délicatesse et de l'honorabilité professionnelle, au lieu d'être l'apanage de quelques aristocrates, commencèrent à être en honneur dans la masse, parmi les plus humbles, et enseignées partout comme matière officielle et légale.

Donc l'Association s'est créée. Saluons son berceau et rendons-lui nos hommages. Remercions-la d'être née. Mais ces hommes qui s'étaient assemblés, après avoir levé leurs visières et s'être montré un visage moins féroce, voulurent se concerter. Les sujets de conversation et d'étude ne manquaient point. Chacun apportait ses plaintes, ses griefs, ses réclamations. La profession était attaquée et exploitée. Il fallait riposter et se défendre. Puisqu'on était uni et que, vulgairement, l'union fait la force, il fallait joindre ses armes, former le faisceau et présenter à l'ennemi — la Société — un front compacte et résistant. On ne serait point entamé ainsi. C'est de là que datent nos désillusions, lesquelles — aurait prononcé M. de La Palisse — supposent et même démontrent de nombreuses illusions antérieures. Toutes les revendications se produisirent presque en même temps. On les émit dans chaque Assemblée générale, on en discuta les termes et on en approuva toutes les conclusions... qui vinrent échouer misérablement les unes après les autres contre ce roc: la loi. En effet, la loi est formelle. Les Sociétés de secours mutuels se meuvent dans un cadre étroit et bas, hors duquel il n'est point permis d'excursion. Or, c'est en *Société de prévoyance et de secours mutuels* que nous nous sommes constitués, j'allais dire enfermés. Il faut bien se résigner, au moins momentanément, au rôle absurde qui nous échoit, par notre faute, notre très grande faute.

C'est ce que fait présentement l'Association. Après avoir trempé ses lèvres dans la coupe de toutes les amertumes, après avoir vu ses indignations se heurter au sourire indifférent ou dédaigneux des maîtres du Pouvoir, elle s'est laissée retomber comme lasse et à jamais découragée. On lui a fait dire officieusement qu'on lui avait déjà octroyé assez de faveurs, puisqu'elle jouit, parmi ses semblables, d'une position tout exceptionnelle; qu'elle devait plutôt se faire oublier que d'attirer sur elle une attention trop minutieuse; qu'en haut lieu, on n'était pas disposé à favoriser la reconstitution des anciennes et trop redoutables corporations: qu'en un mot, l'heure n'était pas aux *congrégations*, l'expression étant prise dans son acception la plus large et la plus compréhensive. Alors il s'est établi une sorte de conspiration du silence, dans nos propres régions, et surtout dans nos régions supérieures. Le Conseil général de Paris s'est pris de peur, et sa timidité lui a fait un devoir d'étouffer réglementairement toutes les motions qui lui paraissaient dangereuses. Le spectre du Conseil d'État, frappant notre œuvre de dissolution, se dresse en tous lieux devant lui, et cette perspective glace désormais et paralyse son action. Le mal a pénétré jusqu'au sein de quelques Sociétés locales, jusqu'ici réputées pour leur initiative. On n'ose plus. On n'a plus de confiance. Le fait est que l'histoire de la reconnaissance d'utilité publique..... Enfin, bref, notre char est embourbé, et nous piétinons maintenant sur place. L'Association s'est remise à la partie purement charitable de sa mission. Elle vient en aide — autant qu'elle peut — aux confrères que la maladie, l'âge ou des malheurs immérités ont réduits à un état de détresse; elle secourt des veuves, des enfants de sociétaires et parfois des médecins étrangers; elle se montre prévoyante et généreuse à sa manière. L'éminent président général verse la moitié de sa bourse dans la caisse, et son exemple est suivi par quelques hauts dignitaires de la profession. Le mot d'ordre est évidemment, pour le quart d'heure, celui des bureaux de bienfaisance: « Ouvre ton cœur et ta main à ton frère indigent. » S'il est question incidemment des choses professionnelles, c'est à un point de vue tout à fait théorique et platonique. On s'étend avec complaisance sur les rapports des médecins entre eux, et l'on prêche très judicieusement l'amélioration constante de ces relations; mais des rapports des médecins avec la Société dans toutes ses personnifications, on est extrêmement sobre; que si quelques-uns s'y aventurent, la question préalable ou l'ordre du jour est là pour les baillonner. Quiconque a suivi d'un peu près les dernières séances générales de Paris pourra l'attester comme nous. Telle est sans exa-

génération et sans flatterie la situation actuelle : c'est le *statu quo*. Beaucoup s'en étonnent et beaucoup s'en plaignent. Des griefs qu'ils articulent, les uns sont fondés, les autres ne le sont pas.

D'abord, quand une armée, même bien disciplinée, commence, je ne dirai pas à se débander, mais à moins bien garder ses distances; quand plus tard l'insuccès, quand les revers viennent abattre le moral des troupes, les soldats ne sont pas loin de jeter les armes et de crier à la trahison contre les chefs. Ce n'est pas dans le nombre des enemis, les difficultés de la route, la supériorité des armes adverses qu'ils cherchent la raison de leur défaite : c'est dans l'incapacité et la déloyauté de ceux qui les conduisent. Ainsi fait-on pour l'Association. On ne se demande pas si ce n'est pas par hasard l'institution qui offre un vice rédhibitoire, une lacune, une dissonance; si en mettant une confiance exagérée et illimitée dans la puissance d'une œuvre naissante, qui devait rencontrer maints obstacles en route, on ne s'exposait pas à être leurré cruellement plus tard; et si, en voulant faire d'une Société intitulée « de prévoyance et de secours mutuels » une vaste et militante fédération répandue sur toute la France, avec son siège à Paris, des conseils judiciaires et une organisation formidable, on n'allait pas éveiller les susceptibilités de l'État, même sous un régime de liberté absolue! Non : il est plus commode de proclamer que ceux qui sont à la tête sont des égoïstes et des « arrivés » qui, une fois installés sur le piédestal qu'ils convoitaient, ne se préoccupent plus des misères du pauvre peuple. Et l'accusation est émise, s'il vous plaît, par les voix les plus graves, tant la défiance se glisse dans les Républiques même les plus démocratiques. Eh! bonnes gens! qui vous force à élever sur le pavois les plus *grands*? Ne suffit-il pas, pour être désigné à vos suffrages, d'une vie sans tâche et absolument honorable? Qui vous empêche de choisir pour vous représenter dans ce Conseil spécial et pour diriger vos affaires des personnalités modestes et effacées, considérées, non considérables? Des praticiens qui ont connu les labeurs des débuts et que la fortune n'a point traités en enfants gâtés? Des médecins qui n'ont d'autres titres que celui de docteur ès-sciences morales? Je comprends que, pour le président, on veuille un homme à haute et large surface, qui puisse parler, avec chance d'être écouté, au nom de tous, et dont le prestige rejaillisse avec éclat sur la corporation tout entière. Mais les autres? Les lieutenants et les conseillers? Y a-t-il longtemps que celui qui écrit ces lignes proclame que, dans le nombre, on pourrait y faire entrer ceux dont il vient d'être parlé et auxquels il est le premier à rendre pleine justice. Ah! mais c'est qu'il faudrait faire ses affaires, *ses élections* soi-même. C'est si pénible de se déranger! De manquer sa consultation! Ou une partie de campagne! Ou n'importe quoi! Et on laisse faire. Quitte à se plaindre après. L'Association fait ci, l'Association fait là. L'Association devrait faire ceci, l'Association devrait faire cela. Que fait donc l'Association? Ah bah! l'Association ne sert à rien! Comme si l'Association n'était pas vous, moi, lui, nous tous. Mais c'est votre propre procès que vous instruisez en parlant comme vous le faites. On a soutenu, non sans raison, que nous avions été écrasés sous nos désastres pour avoir délégué follement entre les mains d'un seul notre part d'action et de direction. Hélas! je ne vois pas que depuis la guerre on aille avec plus d'empressement au scrutin. C'est donc fatal : ne sortent de leur torpeur que les ambitieux... et quelques rares et sincères philanthropes.

Un autre reproche que l'on adresse à l'Association, c'est de faire miroiter des millions, alors qu'elle alloue aux plus nécessiteux des pensions insignifiantes, presque dérisoires. J'ai encore dans l'oreille la parole éloquente et toute mouillée de larmes d'un mien ami, excellent calculateur pourtant, qui s'indignait de voir qu'un pauvre confrère de quatre-vingts ans passés, aveugle, malade, infirme, avait élé obligé de se faire admettre dans un hospice dont il avait été le médecin et d'accepter l'aumône des religieuses de cet hospice, qui se cotisaient entre elles pour payer ses frais de séjour. L'Association n'avait pu lui accorder qu'une pension de quatre cents francs. Est-il vraiment nécessaire de rappeler, pour la centième fois, que l'Association n'existe que depuis vingt aus et que c'est vraiment merveilleux qu'avec douze francs de cotisation elle ait pu déjà distribuer soixante six pensions, dont la plus faible est de trois cents francs et dont la plus forte atteint six cents francs. Certes, ce n'est pas suffisant, je le sais très bien et j'en conviens avec vous. Mais si, depuis le commencement du siècle seulement, les médecins s'étaient ainsi associés, c'est à deux et à trois mille francs que seraient maintenant nos pensions viagères. Et l'on peut prévoir l'époque, pas bien éloignée, où elles y arriveront sûrement. — Vous me la baillez belle; c'est tout de suite qu'il nous les faudrait. — Ah voilà! vous n'entendez pas travailler pour vos successeurs, parce que vous ne comptez pas sur leur gratitude. Il faut pourtant s'en rapporter aux solutions de la mathématique. Avec douze francs — et des dons — on ne peut avoir mieux. Et telle petite Société locale qui a mille francs de capital en caisse, a déjà deux pensionnés ayant en moyenne cinq cents francs de rente, grâce à l'Association générale. Voyez si vous pouvez nous offrir mieux. Trouvez et apportez une solution qui soit applicable à toute la France et non pas à certaines grosses Sociétés seulement. On l'accueillera avec joie; mais pour Dieu, qu'elle soit bien pratique! Songez surtout qu'à différentes reprises on a agité la question de l'augmentation de la cotisation — moyen qui paraît tout d'abord d'une extrême simplicité — et que la plupart des Sociétés agrégées ont repoussé la proposition. Et notez en passant ce triste détail que tous les trésoriers passés et présents vous diront — à l'oreille — c'est qu'on a déjà pas mal de peine à faire rentrer les douze francs statutaires.

Est-ce à dire — maintenant que j'ai répondu à quelques-unes des critiques formulées — qu'à mon sens tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes médicaux; qu'il n'y a qu'à s'agenouiller devant l'Œuvre et à lui verser de l'encens; que nous avons atteint l'idéal et l'apogée; qu'il n'y a plus rien à faire de mieux et qu'aller de l'avant serait marcher à l'abîme. Loin de nous cette pensée. Partisan du progrès, nous le voulons sage, mais fécond; prudent, mais certain. Nous estimons au contraire que l'Association est perfectible et qu'il faut travailler à son développement et à son expansion. Je vais tâcher de m'expliquer à cet égard. Ce sera la fin de ma démonstration. (*à suivre*).

(*Journal de Médecine de Bordeaux*).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
10 Mars 1883 — Organe officiel des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — No 10

SOMMAIRE

BULLETIN

Après avoir annoncé à l'Académie la mort de M. *J. Cloquet*, le président a levé la séance, en signe de deuil.

Né à Paris, le 18 décembre 1790 et reçu docteur en 1817, M. Cloquet est mort à l'âge de quatre-vingt douze ans : il était, on peut le dire, le doyen des chirurgiens français. Membre de l'Académie depuis 1821, il avait été nommé professeur à la Faculté en 1831, et appartenait à l'Institut depuis 1855. Il avait été créé baron sous le second empire.

M. Cloquet a publié un grand nombre de travaux d'anatomie et de chirurgie, mais, depuis longtemps, il avait renoncé à l'enseignement aussi bien qu'à la pratique.

La mort de M. Cloquet et celle d'un autre vétéran de la chirurgie, M. *Sédillot*, arrivée aussi récemment, laissent deux places vacantes à l'Institut.

Nous devons aussi mentionner la mort de M. le Dr *Bertillon*, membre de la Société d'Anthropologie, qui, depuis de longues années, se livrait avec succès à l'étude et à l'enseignement des questions de démographie : il avait organisé avec beaucoup de soin le service de la statistique de la Ville de Paris.

Ce n'est pas seulement en France que les médecins abordent en grand nombre les luttes politiques. La *Gazette hebdomadaire* nous apprend qu'aux dernières élections parlementaires d'Italie vingt-et-un médecins ont été nommés députés, parmi lesquels l'éminent et sympathique *Professeur Semmola*, de Naples. Devenu homme politique, M. Semmola n'oublie pas qu'il est médecin et affirme qu'il veut rester médecin. Son programme nous montre les réels services qu'un médecin député peut rendre à son pays, le rôle utile autant qu'honorable qu'il peut s'attribuer dans les Assemblées parlementaires, en profitant des connaissances spéciales qu'il a puisées dans l'exercice de sa profession. « Vous ririez, dit le professeur Semmola à ses électeurs, si je vous promettais de dépenser mes forces à discourir sur l'armée ou sur la marine. D'autres questions non moins graves, au point de vue du bien-être moral et matériel du peuple, regardent plus directement la médecine. Après vingt-deux ans d'unité politique, l'Italie manque de législation sanitaire, c'est-à-dire d'un code renfermant la solution des problèmes les plus graves qui touchent à l'hygiène publique, à la police médicale, à l'exercice professionnel. Cette législation qui, chez tous les peuples civilisés, met à sa vraie place la médecine considérée comme science sociale; qui la relève; qui protège les intérêts de ceux qui l'exercent, cette législation-là fait défaut chez nous... » Chez tous les peuples civilisés..... excepté la France !

« L'admirable idéal qu'une nation dont les arsenaux regorgeraient d'armes et qui ne serait composée que de poitrinaires, de pellagreux et de crétins ! Tandis que d'un côté on dépense les millions

des contribuables dans d'obscurs marchés, on se borne à calmer les appréhensions du public avec des mesures dérisoires contre la diffusion des épidémies ; on ne s'occupe point du pauvre médecin condamné à une existence d'abnégation et de sacrifices ; on méconnaît les véritables lois de la physiologie appliquée à la sauvegarde du peuple. »

Comme ce jugement s'appliquerait bien aussi à la France! et cependant nous n'avons lu aucune parole semblable dans les professions de foi de nos honorables confrères de la Chambre et du Sénat !.. Mais s'ils n'ont rien promis, c'est peut-être une raison pour qu'ils tiennent beaucoup. — En attendant, les changements de Ministère auxquels nous assistons, n'avancent pas notre question de révision de la législation : en revanche, les programmes de ces différents ministères contiennent tous des promesses à l'adresse des Syndicats.

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ERGOT ET L'ERGOTINE.

Parmi les médicaments anciennement connus dont la thérapeutique contemporaine a considérablement étendu l'usage, il convient de placer en première ligne celui-ci. Employé déjà au dix-huitième siècle d'une manière courante par le saccoucheurs, il resta longtemps confiné dans le domaine obstétrical où il semblait agir par une sorte de propriété mystérieuse. Mais, lorsque les recherches expérimentales eurent permis d'expliquer son mode d'action sur la contractilité utérine par la propriété plus générale de faire contracter tous les muscles à fibres lisses de l'économie, on s'empressa de vérifier cliniquement cette propriété, en administrant l'ergot dans toutes les maladies portant sur des organes pourvus de cet élément musculaire.

Tant de faits relatifs à l'emploi ainsi généralisé de l'ergot de seigle se trouvent épars dans les recueils périodiques, que nous avons pensé être agréable à nos lecteurs en les réunissant aujourd'hui.

Nous insisterons peu sur les notions contenues dans nos traités classiques de thérapeutique, avec lesquelles tout médecin est familiarisé.

I

Un champignon, dénommé en botanique cryptogamique Claviceps purpurea (Tulasne), se reproduit au moyen de spores qui trouvent, dans les années humides un terrain favorable à leur germination sur les fleurs dont se compose l'épi de seigle ; chaque spore donne naissance à un mycelium qui enveloppe et atrophie l'ovaire de la plante ; de ce mycelium, appelé sphacélie, provient une sorte de bourgeon qui, ayant grandi, revêt à l'époque de la maturité du grain la forme d'un corps brun violet, long de un à cinq centimètres, plus ou moins arqué, aminci à ses extrémités, — forme d'où lui vient son nom. La cassure, blanche au centre, est d'une teinte violacée à la surface. Voilà pour l'histoire naturelle du médicament.

La chimie nous apprend qu'outre une résine et une huile, l'ergot contient un principe actif, obtenu pendant longtemps sous forme d'extrait aqueux ou alcoolique, dénommé, d'après les savants qui l'ont étudié, ergotine de Wiggers, de Manassewitz, de Bonjean. Cette dernière surtout sert de base, on peut le dire, à la thérapeutique ; c'est une substance d'un brun-rougeâtre, au moins soixante fois plus active que la poudre d'ergot, d'une saveur amère et piquante, d'une odeur forte, qui a été plus ou moins justement comparée à celle de la viande très grillée. Il faut se rappeler que, malgré sa désinence trompeuse, l'*ergotine* n'est pas un alcaloïde.

Depuis peu de temps, M. Tanret a isolé un alcaloïde de l'ergot sous le nom d'*ergotinine* ; mais les expériences qui ont été instituées avec cette nouvelle substance semblent indiquer que ce n'est pas le principe vraiment actif au point de vue médical ; car l'ergotinine, qui jouit de propriétés toxiques, ne produit pas les résultats thérapeutiques que l'on est accoutumé à attendre de l'ergotine.

II

Emploi obstétrical.

Banal, pour ainsi dire, tant il est usité, il mérite cependant d'être analysé quelque peu. L'ergot de seigle fait contracter les fibres musculaires de l'utérus, mais d'une certaine manière qui n'est pas la contraction physiologique propre à cet organe pendant le travail de l'accouchement. L'utérus se contracte, comme on sait, d'une manière intermittente. « Un intervalle plus ou moins long de repos ou d'inertie alterne avec l'effort expulsif ; chez les femmes qui ont pris de l'ergot, il n'en est plus de même. La matrice reste contractée d'une manière continue sur le corps qu'elle renferme, et à cette contraction continue et habituellement indolore se surajoute périodiquement un effort plus puissant, douloureux, mais temporaire ; d'intermittente qu'elle est naturellement, la contraction utérine est devenue rémittente. » (Bailly) (1).

L'ergot fait naître un véritable tétanos utérin.

Les conséquences que les maîtres en obstérique ont déduites de ce mécanisme sont les suivantes. Il faut, pour qu'on puisse administrer l'ergot pendant le travail :

1° Que le col de l'utérus soit entièrement dilaté ;

(1) Diction. de Méd. et Chir. Pratiques, T. XIII.

2° Que les membranes soient rompues ;

3° Qu'aucun obstacle, venant des voies génitales, ne s'oppose au passage de l'enfant (rétrécissement du bassin, tumeur, rigidité pathologique du col, etc.) ;

4° Que la présentation du fœtus ne se fasse pas par le tronc.

Ces conditions étant remplies, on est autorisé à administrer l'ergot en cas d'inertie utérine simple pendant le travail, par doses de 50 à 60 centigrammes de poudre, à dix ou quinze minutes d'intervalle, jusqu'à concurrence de 2 grammes — dans l'eau sucrée, ou dans du vin additionné d'un peu de cannelle (Stoltz).

Le médecin doit ne plus s'éloigner de la femme et s'assurer, par l'auscultation, de la régularité des battements cardiaques du fœtus, en se tenant prêt à extraire celui-ci avec la main ou le forceps, s'il était menacé d'asphyxie.

Pendaut ou après la délivrance, l'inertie utérine qui laisse les caillots s'accumuler dans la cavité du corps, ainsi que les hémorrhagies, parfois si inquiétantes, qui suivent l'extraction du placenta, sont une des indications les plus formelles de l'administration de l'ergot.

Mais je m'en voudrais deparaître à traiter *ex professo* cette partie de mon sujet dans un journal qui compte parmi ses rédacteurs un praticien aussi consommé en obstétrique que notre savant confrère, M. Poulet (de Plancher-les-Mines). Je passe encore en revue quelques opinions de M. Lucas-Championnière relatives à l'emploi des injections sous-cutanées d'ergotine (1), et j'abandonnerai le terrain obstétrical.

Le distingué chirurgien de l'hôpital Tenon pense qu'on peut abandonner désormais l'ergot de seigle en poudre, parce qu'on a dans les solutions d'ergotine, employées en injections hypodermiques un moyen plus fidèle, aussi énergique et plus rapide. Bien que M. Garrau de Balzan semble avoir démontré (2) qu'en pulvérisant l'ergot bien sec et le conservant par petites quantités dans des flacons bien bouchés, on le garderait inaltéré pendant un temps considérable, l'ergot de seigle est une substance assez infidèle, dont les qualités sont très variables suivant les récoltes; tandis que la formule suivante :

Ergotine, (Extrait aqueux d'ergot).	4 ou 2 gr.
Glycérine..........................	15 gr.
Eau distillée......................	15 gr.

répond, suivant le degré de concentration recherché, aux exigences de la pratique obstétricale. Or, l'expérience a montré qu'il suffit d'une dose très minime d'ergotine en injection sous-cutanée pour déterminer des contractions utérines au bout de deux à cinq minutes.

L'ergotine, ainsi administrée, évite l'inconvénient des vomissements qui suivent quelquefois l'ingestion par l'estomac. De plus, quand on tient la parturiente sous l'influence de l'anesthésie, pour une opération obstétricale, ou quand elle est très affaiblie par une perte sanguine, on peut lui administrer ainsi le médicament sans avoir à la remuer le moins du monde. L'injection peut être faite à la racine des cuisses du côté externe et postérieur, plutôt qu'à la paroi abdominale, pour ne pas déterminer de douleurs en frictionnant le globe utérin au niveau d'une piqûre toujours assez sensible.

On n'aura pas à craindre les abcès consécutifs aux piqûres, si on prend soin d'enfoncer hardiment et profondément la pointe de l'aiguille dans la couche profonde du tissu cellulaire, après avoir fait un pli à la peau, ou mieux, sans pli préalable, en tendant bien cette peau. Par ce petit tour de main, on atténue ainsi autant que possible la sensation de brûlure passagère qui accompagne l'injection.

M. Chantreuil, dont la perte a été si dommageable à la science obstétricale, a publié (1) des faits d'hémorrhagies puerpérales effrayantes, combattues avec un succès complet par des injections d'ergotine concurremment avec des injections hypodermiques d'éther et d'alcool.

(1) Journal de Méd. et de Chir. pratiques 1880.
(2) Thèse de Paris, 1873.

III

Avant de passer en revue les multiples indications auxquelles peut répondre l'ergot en dehors de l'obstétrique, il convient de rappeler ses PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES.

Il fait contracter les fibres musculaires lisses des vaisseaux, notamment des petites artères appartenant à ce que les anatomistes appellent le type musculaire ; le résultat, c'est l'*ischémie des téguments*, la *diminution des sécrétions*, notamment celles du *lait* et de la *sueur*. L'urination paraît accrue au contraire par suite de l'élévation de la tension sanguine dans le rein.

D'après M. G. Sée, qui a consacré une thèse remarquable jadis à cette étude, (2) la *circulation* subit un *ralentissement* considérable, mais passager ; elle *se régularise* d'une manière durable et manifeste, les battements du cœur sont plus forts, pourtant le pouls perd de sa force et de sa résistance.

Le tube digestif est irrité; la révolte de l'estomac est attestée par des nausées et des vomissements ; la constipation est habituelle.

La *fatigue du système musculaire* est surtout marquée aux membres inférieurs; on note encore des *fourmillements* et des démangeaisons : quelques frissons, sorte d'*horripilation*, qui tient au spasme des artérioles cutanées ainsi qu'à la contraction des fibres musculaires lisses de l'appareil pileux.

Le *système nerveux* est fortement influencé, peut être par suite de l'ischémie cérébrale et médullaire, soit par action directe du médicament sur les cellules nerveuses. *Céphalalgie* avec serrement des tempes, *somnolence*, *vertiges*, *bour-*

(1) Journal de thérapeutique, 1878.
(2) Thèse de doctorat, 1846.

donnements d'oreille; troubles visuels, notamment *dilatation de la pupille* sont comme un premier degré des manifestations nerveuses si graves qui caractérisent l'empoisonnement par l'ergot, remarquablement épidémique à certaines époques et dans certaines contrées.

Sans entrer ici dans cette étude de l'*Ergotisme* aigu et chronique, nous rappellerons qu'il sévissait sous *deux formes, convulsive et gangréneuse.* Dans la première, les convulsions éclamptiques s'alliaient à des phénomènes cérébraux ou paralytiques. Récemment encore un exemple instructif en a été publié. En 1881, une épidémie de *psychôses par ergotisme* a été observée dans le grand duché de Hesse par Siemens (1). Hallucinations de la vue, alternatives de stupeur et d'attaques épileptiformes, accidents à forme ataxique, tels que l'abolition des réflexes tendineux, tels étaient les symptômes de cet état. — Dans la forme gangréneuse de l'ergotisme se voyait l'exagération du spasme vasculaire des extrémités que produisent les doses modérées.

IV

Certains états pathologiques de l'UTÉRUS, tels que la *congestion chronique*, l'*hypertrophie* de cet organe sous la forme de *myômes* ou de *fibrômes*, et les *métrorrhagies* qui les accompagnent ont été, avec grande raison, traitées depuis plusieurs années par les gynécologistes par l'ergotine, donnée soit à l'intérieur, soit en injections hypodermiques.

G. Léopold, l'éminent gynécologue de Leipsig (2), traite toujours ainsi les fibro-myômes interstitiels et l'hypertrophie chronique. Henri Brubaker en a obtenu de beaux succès dans les fibrômes sous-muqueux (3).

L'action modératrice des sécrétions a suggéré l'emploi de l'ergot contre les *sueurs des phthisiques* (Da Costa) (4), les *leucorrhées* chroniques, la *galactorrhée.*

L'action vaso-constrictive a été la base du traitement de plusieurs affections dans lesquelles la congestion paraît prédominer.

Ainsi Eulenburg recommande l'ergot de seigle contre la *migraine.* On sait que les observateurs n'ont pu encore s'entendre sur la nature de cette affection; les uns comme du Bois-Reymond considèrent comme sa cause immédiate une contraction tétanique des vaisseaux cérébraux, due à une excitation des nerfs vaso-moteurs qui dépendent du sympathique cervical; — Mollendorf soutient qu'elle dérive d'un état paralytique des vaisseaux au contraire. Schumacher (*Lancet.* 1878) veut accorder tout le monde en admettant deux formes de migraine, angio-tétanique et angio-paralytique, et l'ergot ne serait applicable qu'à la seconde.

(1) *Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrank.* 1881.
(2) *Archiv, für Gynécologie,* 1881.
(3) *Philadelphia med. Times,* 1878.
(4) *Union médicale.*

Il est recommandé, concurremment au sulfate de quinine par M. Charcot contre cette forme si bien étudiée par lui et M. Féré (1), dite migraine ophthalmique et où dominent les troubles oculaires.

D'ailleurs le Dr Planat (de Nice) a obtenu un heureux résultat de l'emploi de l'ergotine comme agent vaso-constricteur et, par conséquent, antiphlogistique dans les *phlegmasies oculo-palpébrales* (2), surtout quand elles sont franchement inflammatoires, blépharo-conjonctivites, kératites, iritis.

Glycérine ou eau de roses..	20 gr.
Ergotine.................	1 gr. à 1 gr. 50.

Instiller huit à dix gouttes toutes les deux heures.

C'est toujours comme vaso-constricteur qu'on a appliqué l'ergotine au traitement des *goîtres*, M. Roland Curtin (3) pense en avoir guéri plusieurs par des injections réitérées.

Stites (*Therapeutic Gazette*) a guéri, en un mois, plusieurs cas de *paralysies saturnines*, par une préparation ainsi composée :

Iodure de potassium..........	8	grammes.
Extrait fluide d'ergot de seigle..	30	—
Extrait fluide de noix vomique...	4	—
Teinture de laudanum composée	30	—
Sirop simple..................	120	—

Une cuillerée à potage la nuit et le matin.

En faisant contracter les artérioles de la rate, l'ergot peut être un utile adjuvant du sulfate de quinine dans le traitement de la *congestion* et de l'*hypertrophie splénique* causée par l'impaludisme.

A titre d'excitant des muscles lisses, l'ergot est employé depuis longtemps contre l'*incontinence d'urine* par *atonie vésicale.*

Langenbeck emploie même contre l'hypertrophie de la prostate, une potion gommeuse de 125 grammes contenant 4 grammes d'ergotine. On sait que certaines *hypertrophies de la prostate* sont très comparables aux myômes utérins par leur structure histologique, il n'est donc pas surprenant que le traitement qui a réussi si bien contre eux, ait aussi, dans le cas dont nous parlons, un heureux effet.

C'est à titre de décongestionnant que le Dr Scearse (4) a prescrit l'ergot contre la *pneumonie* comme de traitement abortif. Il ne craint pas de donner le médicament à doses assez élevées et rapprochées pour atteindre l'ergotisme (mydriase, vertiges, somnolence, plénitude cardiaque). En vingt-quatre ou trente-six heures, d'après ce médecin, plusieurs pneumonies auraient rétrocédé ainsi. Il est toujours permis, en face d'affirmations semblables, d'émettre quelques réserves sur la sévérité du diagnostic, et probablement le mot de congestion pulmonaire devrait remplacer dans ces cas celui de pneumonie.

(1) Thèse. 1881.
(2) *Journal de thérapeutique* 1878.
(3) *Médical Record.* nº 335.
(4) *Brit. méd. J.* 1877.

Contre les *pharyngites chroniques* avec développement de varices pharyngiennes et d'une sécrétion muco-purulente abondante, nous trouvons indiqués dans la Revue Mensuelle de Laryngologie, les badigeonnages avec cette mixture :

Ergotine....................	1 gramme.
Teinture d'iode............	4 grammes.
Glycérine..................	30 grammes.

M. Vidal, l'éminent médecin de l'hôpital Saint-Louis, a fait connaître (1) le traitement du *prolapsus du rectum* et des *hémorrhoïdes volumineuses et procidentes* qui en sont souvent la cause par des injections hypodermiques pratiquées à cinq millimètres tout autour de l'orifice anal. Il injecte chaque fois de XV à XX gouttes d'une solution de :

Ergotine..................	1 gramme.
Eau de laurier cerise.......	5 grammes.

M. Dujardin-Beaumetz a fait connaître à ce propos qu'il traitait avec succès le flux hémorrhoïdal par des *suppositoires* ainsi formulés.

Ergotine..........	0 gr. 50 centigrammes.
Beurre de cacao...	5 grammes.

Parmi les indications plus exceptionnelles, je relève celles-ci. John Dewar (2) préconise l'ergot contre la coqueluche, l'anémie avec atonie des voies digestives, l'hypérémie médullaire.

Rohde pense que l'ergot est un agent qui tue les trichines dans l'organisme humain et attribue à l'ergot, plusieurs cas de guérison de trichinose. (3).

M. Rendu a commniqué à la Société Clinique de Paris, un cas de guérison rapide d'une *polyurie simple* sans glycosurie par l'ergot, et il interprète cette action curative par la vaso-constriction du bulbe, contre de la sécrétion urinaire.

V

Enfin je terminerai cette étude par un examen de l'ergot de seigle contre la *fièvre typhoïde*, recommandé chaudement par M. Duboué (de Pau) (4) et défendu il y a quelque temps, dans ce journal même, par un de nos honorables confrères (5). Aussi bien la récente épidémie de fièvre typhoïde et la discussion solennelle qui est encore pendante à l'Académie sur les traitements systématiques de cette maladie ont donné une complète actualité à la question.

Le rapprochement de certains phénomènes, troubles de la circulation, état typhoïde, avec ceux qu'on observe dans l'asphyxie, dans le choléra et certains empoisonnements ont porté M. Duboué à admettre que le poison typhique appartient à la catégorie des poisons myo-paralytiques. A ses yeux, le fait dominant dans la dothiénentérie, c'est une diminution notable de tension dans tous les vaisseaux, d'où une stase sanguine dans tous les organes et une altération consécutive des globules du sang qui deviennent non seulement impropres aux échanges nutritifs, mais même toxiques. Il recommande donc, après s'être assuré de la bonne qualité de l'ergot qu'on emploie, d'en adminitrer 2 à 3 grammes par jour, dose fragmentée en 4, 6 ou 8 prises égales et également espacées dans les vingt-quatre heures. Il se réserve de faire varier les doses suivant les effets obtenus, mais assure qu'en suspendant le médicament dès qu'on observe les fourmillements, on n'a à redouter aucun accident tant que la température ne s'est pas abaissée au-dessous de 37°5. Par ce traitement systématique, M. Duboué pense abréger la durée de la fièvre typhoïde, peut-être même faire avorter certains cas.

Nous sommes tout disposé à reconnaître que l'ergot peut être utilement appliqué à combattre certains symptômes importants, congestion pulmonaire, hémorrhagie intestinale surtout. Mais nous sommes bien loin de lui attribuer une sorte de propriété spécifique contre le processus typhique lui-même, comme semble l'admettre M. Duboué.

D'ailleurs nous avons exposé il y a deux ans, dans ce journal notre opinion sur les traitements de la fièvre typhoïde en nous déclarant opposés à toute médication systématique contre cette affection et en nous avouant partisans de l'expectation armée. L'observation d'un grand nombre de cas depuis cette époque, l'examen de toutes les opinions qui ont été émises et si brillamment soutenues récemment à la tribune académique n'ont pas modifié la nôtre.

« S'il est une affection dans laquelle il faille se défier de l'exclusivisme thérapeutique, écrivions-nous alors, c'est assurément celle qui nous occupe ; il y faut être largement éclectique, tant les indications surgissent multiples et pressantes. Ne nous engouons pas des procédés qui ont la prétention d'être applicables à tous les cas — véritables selles à tous chevaux. » C'est encore par cette réflexion que nous concluons aujourd'hui.

Paul GERNE.

(1) *Acad. de Médecine*, 1880.
(2) *Practitioner*, 1882.
(3) *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1877.
(4) De la physiologie pathologique de la fièvre typhoïde et des indications thérapeutiques qui en dérivent. 1878.
(5) Le Dr Guichard : V. *Concours médical*, 1882, n° 42.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu le 1er et le 2 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Les sociétés locales, composées de 76 à 150 membres, peuvent envoyer deux délégués à l'assemblée générale ; celles composées de 151 à 225 peuvent en envoyer trois, et à partir de ce chiffre, les Sociétés locales ont droit à un délégué de plus par 75 membres de plus.

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales peuvent se réunir dans le grand amphithéâtre de l'Administration le dimanche 1er avril, *à une heure*, et le lundi 2, *à deux heures*.

Prière instante à MM. les Présidents et Secrétaires des Sociétés locales de vouloir bien, *s'ils ne l'ont déjà fait*, adresser, dans le *plus bref délai possible*, à M. le docteur Foville, secrétaire général, 177, boulevard St-Germain, et à M. le docteur Martineau, secrétaire, 34, rue Cambon, le compte rendu du dernier exercice de leur Société, comprenant les admissions, les décès, les dons, les secours alloués, la situation financière, le nombre des membres, afin de compléter le rapport du secrétaire général, et d'accélérer la publication de l'Annuaire du présent exercice.

MM. les Présidents sont, en outre, invités à rappeler à M. Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale, le nombre des Annuaires dont ils ont besoin pour leur Société.

Ordre du jour de la séance du dimanche 1er avril. — La séance sera ouverte à *trois heures précises*. — 1° Allocution de M le Président. — 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier. — 3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général. — 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1882, par M. A. Foville, secrétaire général. — 5° Election de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Gosselin, Jeannel, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Simonin, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Woillez, décédé. — 6° Eloge de M. A. Latour par M. Gallard, membre du conseil général.

Ordre du jour de la séance du lundi 2 avril 1883. — La séance sera ouverte à *trois heures précises*, — 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale. 3° Rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagères à accorder en 1884. Discussion et vote des conclusions. — 4° Ouverture du scrutin pour l'élection de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères de 1884. — 5° Exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui seront l'objet d'un rapport dans l'assemblée générale de 1884.

II

EXERCICE ILLÉGAL.

Un rebouteur.... récidiviste.

Un sieur Taylor, de nationalité américaine, s'est établi depuis plus de deux ans à Mennetou-Salon dans les environs de Bourges, avec sa femme, originaire de ce village, et reçue sage-femme.

Taylor ne parle que l'anglais, il possède un diplôme de Cincinnati; sa femme lui sert d'interprète.

Il exerce ouvertement, depuis son arrivée dans le pays, la médecine et la pharmacie; sa clientèle, composée d'abord de villageois, s'est bientôt étendue à Bourges, surtout dans la population ouvrière des établissements d'artillerie. Il vient trois fois par semaine dans une auberge des faubourgs et c'est merveille de voir la foule de ses consultants. Il a organisé chez lui, du reste, une sorte de petit hôpital.

Il a été condamné en juin 1881 à 25 fr. d'amende et en juillet 1882 à 50 fr. pour exercice habituel de la médecine.

Voici dans quelles circonstances s'est produite la troisième poursuite qui a abouti au jugement, dont la copie suit, jugement rendu le 29 décembre 1882. Une femme Rebout était soignée par le Dr Dornier, médecin major des établissements d'artillerie, pour une tumeur abdominale du volume d'une grosse orange, ayant des connexions avec un ovaire et de nature certainement cancéreuse. L'état cachectique, déjà avancé, ne permettait plus d'espérer que quelques mois d'existence. Trois autres médecins de la ville avaient constaté cette situation. Taylor est appelé et, le 4 septembre, lui pratique une sorte d'ovariotomie ; le 6, l'opérée mourait. Les détails donnés par les voisins étaient horribles ; l'un même assurait qu'il avait vu des portions intestinales enlevées avec la tumeur.

Voici dans un autre fait. Une femme Desroches, atteinte d'un cancer du sein ulcéré, avec extension aux ganglions de l'aisselle, était soignée par le même médecin qui, d'accord avec plusieurs de ses confrères, avait conclu à l'impossibilité de toute intervention chirurgicale. Cette femme va à Mennetou, en octobre 1881, consulter Taylor qui commence aussitôt une opération (?) ; une hémorrhagie terrible se produit à la première incision ; on l'arrête à grand'peine, et la malheureuse revient mourir à Bourges, le surlendemain.

Au dernier moment, un fait nouveau vient enrichir le dossier. Le Dr Courrèges, des Aix (Cher), est appelé près d'une femme Milhiet, septuagénaire, atteinte depuis longtemps de gastro entérite. Il constate une stomatite intense et un état général inquiétant. Taylor lui a administré le 27 novembre une cuillerée à café de calomel, environ 10 grammes.

Un autre malade le sieur Bouquin paraît avoir pris aussi une dose semblable.

Aussi Taylor est-il accusé d'homicide par imprudence sur les femmes Rebout et Desroches, de blessures sur la femme Milhiet et le sieur Bouquin, ainsi que d'exercice habituel de la médecine et de la pharmacie; sa femme est prévenue de complicité. Ils étaient en fuite ; arrêtés à Paris, ils ont fait huit jours de prévention.

Le premier témoin, le médecin-major Dornier, dépose des faits à sa connaissance relatés plus haut au sujet des femmes Rebout et Desroches. Le Président fait remarquer qu'il a paru inutile à l'Instruction d'appeler les trois autres médecins, leurs déclarations sur la femme Rebout ayant été identiques.

Le Dr Dornier indique : l'état cachectique avancé de la femme Rebout, — le volume de la tumeur, une très grosse orange, — la nécessité d'une incision de plus de vingt centimètres, — l'appareil chirurgical et le nombre de médecins pour une opération analogue, — l'insanité de l'extraction

d'un cancer abdominal, — l'issue fatalement mortelle de cette sorte d'ovariotomie.

Pour la femme Desroches, le témoin affirme que l'état général était satisfaisant et que la marche de la maladie était loin de faire craindre une issue fatale à brève échéance ; quant à l'intervention de Taylor, il en a entendu parler, mais ne sait rien par lui-même.

Rebout vient expliquer qu'il a appelé Taylor sur les instances de sa femme. Il parle d'une incision de trois centimètres, d'une tumeur grosse comme une petite noix. — Du reste il y au dossier une lettre de lui à Taylor, dans laquelle il lui annonce avoir été interrogé par le Commissaire et lui détaille les réponses semblables qu'il lui a faites.

Desroches dépose sur la mort de sa femme. L'incision, a-t-il dit dans l'instruction, a été faite pour voir la couleur du sang de la malade; il n'était pas dans la chambre, ne peut apprécier la quantité du sang perdu. A son retour à Bourges, sa femme a pris une cuillerée d'une fiole délivrée par Taylor, et a eu un frisson; son état n'a fait qu'empirer jusqu'au lendemain, où elle est décédée.

Le Dr Courrèges dépose au sujet de la femme Milhiet; elle est mourante en ce moment. Il croit que 10 grammes de calomel ont été administrés, ce qui a causé, avec la stomatite, une aggravation considérable de la maladie. Le Président fait du reste remarquer que, dans l'instruction, Taylor a indiqué avec du sable fin un volume correspondant à 10 grammes de calomel, et qu'il a même accepté le poids d'une pièce de dix centimes comme celui de sa dose habituelle.

M. Leprince, pharmacien-expert, explique l'action du calomel, et à quelle dose maximum on l'emploie ordinairement.

Le sieur Bouquin ayant pris une poudre blanche délivrée par l'accusé, a eu une stomatite intense, mais il affirme qu'il a été ainsi guéri d'une maladie (?) considérée comme incurable par les médecins.

Alors défile une série de témoins à décharge qui déclarent tous avoir été soignés, opérés et guéris par Taylor. Une femme Petit, entr'autres, a été ponctionnée pour une ascite que n'aurait reconnu ou osé opérer aucun médecin (?); il s'est écoulé douze litres de liquide.

Vient l'interrogatoire des accusés. Taylor est assisté de deux interprètes anglais.

Rien de ce qui a été dit plus haut n'est nié ; tout est même reconnu avec une certaine crânerie par Madame T. qui est rappelée à plus de modestie par le Président.

Celui-ci donne lecture d'une lettre, qui permet de juger l'accusé au point de vue scientifique, à propos d'un enfant atteint de purpura. « Ce n'est rien de très sérieux, mais encore faut-il veiller l'enfant avec attention. C'est ce que nous appelons scarlatina. Il ne faut pas confondre cette maladie avec la fièvre scarlatine, car cette maladie est beaucoup plus mauvaise, etc... »

On demande alors à l'accusé de montrer encore avec du sable fin sa dose ordinaire de calomel ; cette fois le pharmacien-expert déclare qu'il n'y en a plus que quatre grammes. L'accusé avoue que chaque consultant reçoit un médicament. Sa femme lui sert d'interprète et l'aide dans ses opérations.

Les délits constatés et avoués sont innombrables; son registre a été saisi et chaque ligne est l'inscription d'un délit.

Le Ministère public prend la parole et, en quelques mots seulement, réclame l'aplication des lois ; tous les faits d'homicide par imprudence, de blessures, d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie sont ou prouvés ou avoués. Il considère la femme comme complice, soit comme interprète, soit comme l'aidant dans ses opérations. Il rappelle que l'accusé est en état de récidive et que les époux Taylor avaient jugé prudent de prendre la fuite.

Il n'est pas inutile de relater les points principaux de la plaidoirie de l'avocat qu'ont dû écouter, sans protestation, un médecin et un pharmacien, d'autant plus qu'elle a certainement fait impression sur le Tribunal.

Ses clients n'étaient pas en fuite, ils s'étaient rendus à Paris, où Taylor était sur le point d'obtenir l'autorisation d'exercer.

Il donne la traduction du diplôme de Cincinnati, rédigé en latin, faisant ainsi justice des accusations d'ignorance portées contre son client.

Taylor a pu mener seul à bonne fin cette opération extraordinaire racontée par un témoin à décharge, par laquelle il a extrait douze litres de liquide. Pourquoi n'aurait-il pas tenté seul cette autre opération bien plus simple (la sorte d'ovariotomie citée plus haut) sur la femme Rebout ?

La femme Desroche est morte tout naturellement de son cancer ; l'incision et l'hémorrhagie n'y sont pour rien. Pour la femme Milhiet, il sera permis au défenseur de prendre trois ou quatre grammes comme dose du calomel administré. Or, son client vient de lui apprendre qu'il mélange par parties égales le calomel et la santonine, et il ne viendra à l'idée de personne que la santonine employée chez les petits enfants puisse être nuisible à la dose de 1 gr. 50 ou 2 gr.

Il ne reste plus qu'a parler de son désintéressement; pour l'opération des douze litres de liquide il n'a demandé que 75 fr. (Il est utile de remarquer que la femme ponctionnée est une ouvrière sans ressources).

L'avocat termine en s'étonnant que, dans les deux premières poursuites, la femme Taylor n'ait pas été inquiétée, tandis qu'elle est poursuivie aujourd'hui comme complice. Il demande son acquittement.

JUGEMENT.

20 Décembre 1882.

Le Tribunal, après en avoir délibéré ;
En ce qui concerne Taylor (*Zacharie*),
Attendu que le délit d'homicide par imprudence sur la personne de la femme Desroches et de blessures par imprudence sur la personne du sieur Bouquin,

n'est pas suffisamment établi, le renvoie sur ces deux chefs des fins de la plainte. Mais, attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats : 1° qu'en mil huit cent quatre-vingt deux, dans l'arrondissement de Bourges, Taylor Zacharie a exercé la médecine et la chirurgie, sans être sur les listes dont il est parlé aux articles 25 et 26 de la loi du 19 ventôse, an XI et sans être muni de diplôme, certificat ou titre de réception valable en France, et qu'il a, en outre, pris le titre et exercé la profession de docteur.

2° Que depuis moins de trois ans, dans l'arrondissement de Bourges, il a exercé la pharmacie, préparé et vendu des médicaments, sans être muni des diplômes, certificats ou lettres de réception exigés par la loi et sans être inscrit sur les listes des praticiens;

3° Que le 4 septembre 1882 à Bourges, par maladresse, imprudence et inobservation des règlements, il a commis involontairement un homicide sur la personne de la femme Rebout, en lui faisant l'opération d'une tumeur cancéreuse interne ; que sans doute cette femme était dans un état désespéré, mais que cette opération ne pouvait qu'abréger sa vie et l'a abrégée, étant données surtout les conditions déplorables où elle a été pratiquée ; que les explications fournies par Taylor ne font d'ailleurs que mettre en lumière la faute qu'il a commise, laquelle constitue de la manière la plus caractérisée le délit qui lui est reproché.

4° Qu'enfin le 27 novembre 1882, à Mennetou-Salon, il a, par maladresse, imprudence ou négligence, occasionné des blessures à la femme Milhiet, en lui donnant un médicament que contr'indiquait son état, et qui, au surplus, était administré à une dose toxique.

Attendu que la persistance de Taylor à exercer la médecine dans les conditions irrégulières qui le mettent en révolte ouverte contre la loi, doit être prise en considération pour l'application de la peine.

En ce qui concerne Claire Verge, femme Taylor :

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats qu'elle s'est rendue complice du délit d'homicide par imprudence commis sur la personne de la femme Rebout et des faits d'exercice illégal de la médecine, en aidant ou assistant avec connaissance, l'auteur principal dans les actes qui ont préparé, facilité ou consommé ces délits ;

Attendu que les faits établis à la charge de Taylor sont prévus et punis par les article 319 et 320 du Code pénal, 35 et 36 de la loi 19 ventôse, an XI, 25 de la loi du 21 germinal, an XI, et la déclaration du 25 avril 1877 sur la pharmacie ; et que ceux relevés à la charge de la femme Taylor sont prévus et punis par les articles 59 et 60 du Code pénal.

Attendu qu'en cas de conviction de plusieurs crimes ou délits, la peine la plus forte est seule appliquée, vu l'article 365 du Code d'Instruction criminelle.

Attendu qu'il existe dans la cause des circonstances atténuantes en faveur des deux prévenus, et particulièrement de la femme Taylor ;

Vu l'article 463 du Code pénal.

Par ces motifs :

Faisant application des dits articles, (dont lecture a été faite par Monsieur le Président), et ci-après visés.

Condamne Taylor Zacharie à vingt jours d'emprisonnement et à cent francs d'amende, et Claire Verge femme Taylor à cinquante francs d'amende.

Les condamne solidairement aux dépens liquidés à la somme de cent dix francs quarante centimes, et ce non compris trois francs pour droits de poste, les coûts, timbre, enregistrement, levée et signification du présent jugement ;

Fixé au minimum la durée de la contrainte par corps, s'il y a eu lieu de l'exercer.

Vingt jours de prison et cent francs d'amende, pour avoir tué deux personnes, perdu la santé de quelques autres ! Ce n'est pas cher, surtout quand on pense que le prévenu en était à sa troisième condamnation. Nous recommandons à nos lecteurs cette phrase du jugement : « *il a commis* INVOLONTAIREMENT *un homicide* ; » aurait-on pu mieux faire *volontairement* ? L'homicide involontaire, dans les conditions relatées plus haut, est une trouvaille de nos hommes de loi.

Ne serait-il pas grand temps de réformer une législation qui fait naître de pareils abus?

Dr J. GEOFFROY.

COURRIER

Note sur la manière d'administrer les médicaments.

Monsieur le Rédacteur,

Un des derniers articles parus dans le « *Concours* » me détermine à vous adresser quelques réflexions qui pourront peut-être intéresser nos confrères, et attirer leur attention sur des points qui nous paraissent dignes de remarque. Dans l'administration des médicaments, on doit se conformer à un précepte fort important, applicable à tous les cas aigus, où l'on veut *agir avec énergie, rapidité et sécurité.* Ce précepte, je le formule ainsi : « Pour obtenir d'un médicament tout l'effet dont il est susceptible, il faut l'administrer à doses faibles et répétées jusqu'à effet physiologique. »

Permettez-moi de développer rapidement ce précepte et cette question de dose.

Naguère un de nos maîtres, M. Ferrand, écrivait dans son Traité de thérapeutique médicale : « Savoir mesurer ce que l'organisme comporte de « résistance, par combien de stimulations il faut « aider son activité, ou quel frein il convient de « lui imposer, rien ne peut répondre exactement à « ces délicates questions, rien que le tact du mé- « decin. »

A notre avis, cette affirmation n'est plus exacte. La thérapeutique est sortie des voies de la routine ; elle s'appuie sur des bases rationnelles et scientifiques, depuis qu'elle a appris à déduire les effets thérapeutiques du médicament de ses effets physiologiques.

Les indications et les contre-indications ont été nettement établies. Seule la question de dose restait abandonnée « au tact du médecin. » A son tour elle doit être basée sur les données fournies par la science.

Pour fixer la dose, nous devons posséder une double connaissance : 1° celle des effets du médicament absorbé ; 2° celle de l'organisme qui l'absorbe.

Il nous est presque impossible de connaître ce dernier point ; nous ignorons les idiosyncrasies particulières, leur tolérance pour le médicament, etc., mais le premier point est acquis. La science a établi les effets physiologiques des principaux médicaments. De plus, elle a reconnu que les médicaments administrés à faible dose étaient mieux absorbés. Notre devoir est donc tout tracé. Donnons le médicament à doses faibles et répétées, *en surveillant ses effets*. Ainsi nous obtenons un double résultat.

Nous facilitons, par les faibles doses, l'absorption du médicament, absorption que nous pouvons, et que nous devons encore aider en choisissant pour chaque substance la forme sous laquelle nous la savons le plus assimilable. Je dis que nous le devons, pour éviter les accidents dus aux accumulations de doses ; accidents attribués à tort, selon Gubler, à l'accumulation d'action.

En second lieu, « nous tâtons » sans aucun danger, sans perte de temps, la susceptibilité de chaque organisme, sa tolérance, etc. Quelle que soit cette susceptibilité, en donnant les doses faibles et régulièrement espacées, nous sommes sûrs de donner la quantité de médicament nécessaire et utile, et de ne pas dépasser cette quantité. Cette quantité, jusqu'à ce jour limitée entre un maximum et un minimum, varie selon l'organisme, et doit hardiment dépasser le maximum quand l'organisme le réclame pour ne s'arrêter qu'au moment où l'effet physiologique se produit, montrant que l'effet utile est obtenu, et qu'aller au-delà ce serait s'exposer aux effets toxiques.

Cette façon de procéder nous a permis, dans plusieurs circonstances, d'administrer sans danger les *alcaloïdes* les plus violents.

Nous l'avons essayée, et avec un plein succès, pour d'autres médicaments, parmi lesquels je citerai le salicylate de soude appliqué au rhumatisme articulaire aigu.

Ce médicament me donnait des succès, parfois des accidents, souvent des insuccès. Il m'a toujours réussi, chez tous les malades et sans aucun accident, depuis que je le donne par doses fractionnées jusqu'à effet, soit un gramme toutes les heures, jusqu'à ce que le malade éprouve les tintements et troubles auditifs qui annoncent que la dose utile et physiologique est atteinte. Pour plus de sûreté, je compte à l'avenir le donner par dose de cinquante centigrammes toutes les demi-heures.

Mais, m'objectera-t-on, cette façon de procéder est-elle pratique ? Oui, certainement.

Les effets physiologiques sont, pour la plupart des médicaments, si nets, et si connus, que tous nos confrères peuvent les communiquer à toute personne garde-malade.

Ne suffit-il pas de prévenir le malade et son entourage pour qu'on reconnaisse les tintements du salicylate de soude, les bourdonnements de la quinine, la somnolence des narcotiques, le délire et la mydriase de la belladone, de l'hyoscyamine, etc., la salivation des mercuriaux, etc. ?

Et, d'ailleurs, ce procédé, que nous croyons devoir être généralisé, n'est-il pas déjà employé, quand nous administrons soit une potion opiacée à prendre par cuillerées, soit un julep contro-stimulant, soit un vomitif, etc ? N'est-ce pas le mode conseillé par M. Hérard ou M. Empis dans leurs commmunications à la suite des accidents causés par une dose relativement trop massive d'hyoscyamine, et par M. Jules Simon, dans ses conférences sur « les maladies des enfants » où il fait ressortir les bons effets du laudanum ainsi donné à doses très minimes.

Nos chirurgiens ont-ils une dose pour le chloroforme, et ne le donnent-ils pas jusqu'à l'effet physiologique ?

Si le médecin a recours aux alcaloïdes dont l'effet est si actif, et la préparation si difficile, eh bien ! ce procédé met également à l'abri de tout danger. Qu'importe qu'un granule soit plus actif qu'un autre, puisqu'on s'arrête dès que l'effet est obtenu ?

Pour me résumer : ma ferme conviction, appuyée sur ma pratique de tous les jours, est qu'il n'y a pas dans les doses de *maximum* ni de *minimum*, et que, dans les cas aigus, on doit administrer les médicaments à doses faibles et répétées jusqu'à effet physiologique. Dr CASCUA *(d'Oloron)*.

Réponse.

Comme je m'intéresse tout particulièrement aux questions abordées par M. Cascua, je demande la permission de répondre quelques mots à notre honorable confrère : *aussi bien suis-je très heureux de* profiter de l'occasion qui s'offre à moi de m'expliquer sur ces différents points, et de rencontrer, sur ce terrain accidenté, un adversaire aussi courtois que désintéressé.

Oui, je crois qu'il y a, pour chaque médicament, des quantités *minimum* au-dessous desquelles il n'y a pas d'effet produit, même en homœopathie — (je ne parle pas des effets moraux, bien entendu) ; — oui, je crois qu'il y a des quantités *maximum* qu'on ne saurait dépasser sans danger, sauf dans des cas tout-à-fait exceptionnels. Entre ces limites se place la série des doses que le médecin fait varier à son gré suivant l'âge, la constitution, la maladie : c'est cette partie de notre profession qui constitue l'*art* et nécessite, de notre part, un certain *tact*. Mais, en somme, ces variations ne sont pas si considérables, si difficiles à apprécier qu'il nous faille, en règle générale, renoncer à nous en préoccuper au moment où nous formulons notre prescription.

Ce qui, bien plus souvent que les dispositions individuelles des malades, a pu induire quelques praticiens en erreur, c'est la variabilité même de la dose réellement administrée, variabilité résultant de la façon dont la prescription est exécutée. Si, par exemple, au lieu de médicaments préparés suivant les saines recommandations du Codex, le médecin consent à employer des médicaments préparés d'après un procédé emprunté mal à propos aux confiseurs — (je dis mal à propos, car on comprend que l'on doive demander plus de précision aux pharmaciens qu'aux confiseurs), — il est clair qu'il obtiendra des effets très variables, variables comme le dosage même, en sorte qu'il lui sera impossible de comparer ses différentes observations. Mettra-t-il alors en cause l'idiosyncrasie du malade, ou ne sera-t-il pas mieux

inspiré en accusant l'idiosyncrasie du pharmacien ou du fabricant?

Si, au contraire, on se sert de préparations uniformes, et dont on soit sûr, on verra que l'on peut, dans l'immense majorité des cas, fixer, avec une approximation très suffisante, les quantités de médicaments à administrer pour obtenir les effets cherchés. Sans doute, il est clair que le premier venu ne pourra faire cette approximation qui demande de l'expérience et des connaissances spéciales que la clinique nous fournit. Ce n'est pas, en effet, dans un *mémorial de thérapeutique*, rédigé par demandes et par réponses, que le praticien doit puiser ses indications c'est sur le malade lui-même; or, il faut bien reconnaître, avec M. Ferrand et avec tous les auteurs, que cette opération nécessite l'intervention du *tact*, d'autres ont dit du *flair* médical.

Est-il permis de dire qu'il agit d'une manière scientifique, le médecin qui, ne sachant prévoir la dose qu'il faudra administrer dans tel ou tel cas, ordonne toujours et à tous les mêmes quantités, en abandonnant la solution des problèmes, souvent obscurs et compliqués de la thérapeutique, à l'initiative de la nourrice, de la garde-malade, de la famille du malade lui-même, en un mot à l'initiative de personnes souvent peu intelligentes, presque toujours absolument ignorantes en ces matières, et qui, la plupart du temps, sont incapables de rendre compte des phénomènes les plus simples et les plus faciles à observer de leur état ordinaire ou de leur maladie? Est-ce un progrès de remplacer la science et le tact du médecin par l'intelligence et l'observation du premier venu? Voilà la question. Ce n'est plus de la théorie, c'est de la pratique, et l'expérience est facile à faire, sinon sans danger pour le patient, pourvu que le médicament soit vraiment actif et administré sous une forme facilement dosable et dont on soit sûr.

Notre confrère nous dit, en commençant sa lettre, que l'on doit agir avec énergie, rapidité et sécurité; puis il termine en affirmant qu'il importe peu « qu'un granule soit plus actif qu'un autre, puisqu'on s'arrête dès que l'effet est obtenu. » Il nous semble qu'il y a quelque contradiction entre ces deux propositions. On ne peut agir *avec sécurité*, quand on ne sait pas *avec précision* ce que l'on fait, quand la mesure de votre action est remise à un tiers, pour le moins incompétent. Quant à la rapidité et à l'énergie, elles sont en raison directe du bon dosage, de la bonne qualité du médicament employé... et de la sage intervention du médecin.

J'accepterais bien, comme règle générale, qu'il faut administrer les médicaments à doses faibles et répétées. Notre excellent confrère a reconnu que la plupart du temps nous agissions tous ainsi. Mais toutes les règles ont leurs exceptions, et nous savons tous des cas où il importe, au contraire, de *masser* les doses dans un court espace de temps. MM. Sée et Jaccoud nous en ont donné chacun un bon exemple, à propos de l'emploi de la quinine, dans la discussion actuelle du traitement de la fièvre typhoïde. Je ne m'étendrai pas d'ailleurs davantage sur ces questions générales de doses : elles seront bientôt traitées ici même par un de nos collaborateurs. Je prétends seulement qu'il ne faut pas confondre doses faibles avec doses nulles ou doses inconnues. Prenez telle fraction que vous voudrez du centigramme ou du milligramme, suivant le médicament, mais que la valeur de cette fraction soit exactement connue : je ne vois pas en quoi on pourrait trouver exagérée cette exigence du médecin qui se refuse à agir en aveugle, qui ne veut pas qu'on lui laisse croire qu'il peut impunément administrer des quantités énormes d'un médicament actif, alors qu'il lui suffirait de changer la forme sous laquelle il a administré ou cru administrer ce médicament, pour produire des accidents terribles, comme celui que nous rapportons plus loin.

Encore un mot pour terminer. Je n'ai pas à faire ici l'histoire de la médecine ou de la thérapeutique; mais je suis bien obligé de faire remarquer qu'il y a longtemps déjà que, *sortis de la routine*, les médecins ont appris *à déduire les effets thérapeutiques d'un médicament de ses effets physiologiques*; l'étude de l'action de la quinine, de la strychnine, de la digitaline, de l'aconitine ne date pas d'hier. Sans remonter aux travaux originaux, ce que l'on ne saurait exiger d'un praticien, il suffirait, pour se convaincre, de parcourir le livre de Gubler que certains ne citent que pour le blâmer, mais que d'autres imitent, copient, mettent en coupe réglée, sans le citer, et qui, en somme, reste le *vade-mecum* du médecin thérapeutiste. La médecine, dite physiologique, est, il me semble, en grand honneur, depuis de longues années, en France, aussi bien qu'à l'étranger. Mais ce n'est pas une raison pour croire que la médecine, parce qu'elle devient tous les jours plus scientifique, exige, de la part de celui qui la pratique, moins de qualités naturelles et de finesse d'intelligence.

En veut-on un exemple tout à fait grossier? C'est encore la Société de Thérapeutique qui va nous le fournir.

M. Dujardin-Beaumetz est revenu sur le fait dont il avait donné connaissance à cette Société et que nous avons nous-même rapporté. Il a cité, à ce propos, le cas d'empoisonnement par l'aconitine, publié dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, janv. 1882.

« Il s'agit d'un médecin qui avait prescrit à un homme atteint de bronchite avec toux opiniâtre, une solution de 20 centigrammes de nitrate d'aconitine dans 100 grammes de liquide. Le malade devait prendre, chaque jour, de vingt à soixante gouttes de cette solution; le premier jour, il en prit cinq gouttes seulement; le matin du deuxième jour vingt gouttes, puis vingt autres dans la journée; il éprouva des picotements au niveau de la langue, et des vomissements; enfin, le soir du même jour, il ingéra vingt nouvelles gouttes de la même solution et présenta des accidents d'intoxication, refroidissement des extrémités, faiblesse du pouls, etc. Le médecin, qui fut alors appelé près de son malade, désireux de prouver que ces symptômes alarmants n'étaient point causés par la potion qu'il avait prescrite et qu'il n'y avait aucune erreur de dose, avala lui-même soixante gouttes de la solution d'aconitine: cinq heures après il était mort. Or, vingt gouttes de cette solution, soit un gramme, renfermaient deux milligrammes d'aconitine et les soixante gouttes ingérées, six milligrammes.

« Si la mort survient avec 6 milligeammes d'aconitine, n'a-t-on pas le droit de considérer comme inertes les granules dosimétriques, au quart de milligramme, qui, à la dose de *cent* dans les vingt-quatre heures, n'ont déterminé aucun accident d'intoxication. »

Le malade a été bien heureux d'avoir un estomac moins tolérant que celui de son médecin; mais il faut bien reconnaître que 6 milligrammes d'aconitine cristallisée, administrés dans les vingt-quatre heures, constituent une dose massive et vraiment toxique, moins massive et moins toxique, il est vrai, que les 25 milligrammes qui auraient dû être contenus dans les 100 granules absorbés par le malade dont M. Dujardin-Beaumetz avait cité le cas, à la précédente séance de la Société de Thérapeutique. Mais M. Dujardin-Beaumetz est encore loin de compte; Il nous semble que les granules dont parle l'honorable médecin de Saint-Antoine, sont au demi-milligramme et non au quart de milligramme, il faudrait donc doubler le chiffre qu'il a avancé! Dr J. GEOFFROY.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

L'Association des Médecins. — Ce qu'elle a fait. Ce qu'elle fait. Ce qu'elle pourrait faire.

(*Fin*).

Dans notre Association, il y a deux choses, deux buts poursuivis, qu'il faut absolument distinguer, si l'on ne veut aboutir à la confusion des langues : 1° l'allocation de secours matériels aux invalides : 2° la promesse de l'aide et de la protection accordée aux membres. Subsidiairement, l'Association s'est engagée à maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession. Par son côté matériel, elle est donc Société de prévoyance et de secours mutuels ; par son côté moral, elle serait plutôt Chambre syndicale. C'est ce double caractère, jusqu'ici repoussé par la loi, qui fait précisément son embarras. On ne songe pas à tout. Les fondateurs n'avaient pas prévu que de là viendraient les entraves et conséquemment le malentendu que chacun connaît et dont tous nous souffrons.

Que faire ? On dit bien, on nous fait espérer que la législation draconienne qui régit la matière va être prochainement amendée ; que le droit d'association sera étendu : que les restrictions opposées au développement des Sociétés de secours mutuels vont être abolies ; que la personnalité civile pourra nous être attribuée ; qu'enfin la liberté avec ses ailes et ses ongles nous sera définitivement rendue. J'estime qu'il ne faut pas se bercer encore là-dessus de trop d'illusions. J'ai peine à croire que les Pouvoirs publics accordent à de grandes associations comme la nôtre la possibilité de lui faire échec une fois ou l'autre. Les médecins, qui sont individuellement estimés et appréciés, cessent, une fois groupés en corps, d'être agréables. Il faut bien l'avouer, l'opinion publique ne leur est point favorable, soit qu'on les redoute, soit qu'on veuille les asservir. La presse leur décoche des traits plus ou moins heureux, le Gouvernement les tient en suspicion, la masse voudrait les *mener* et comprend difficilement leur prétention d'être leurs propres maîtres. Il ne faut donc point chanter victoire à l'avance. Je crois fort que c'est encore sur nous-mêmes qu'il est le plus sage de compter. Mais ce n'est pas pour l'Association générale des Médecins de France qu'il faut travailler à forger des armes. Cette Associatiou générale doit être et rester notre *Société de prévoyance et de secours mutuels*. Pour le moment, sa caisse nous fait des rentes viagères, encore modestes, mais qui grossiront rapidement. Un jour viendra où ce sera une retraite honorable qu'elle devra offrir aux associés, et non plus une pension d'exception. (Plaise au ciel qu'une combinaison savante surgisse avant le temps et que cette heureuse perspective financière puisse être saluée par les générations actuelles !) Mais c'est là qu'est la voie et non pas ailleurs. La fortune par l'Association générale, voilà l'idéal, voilà le salut, voilà ce qu'il faut conquérir.

Le reste, il nous semble, regarde les Sociétés locales plus particulièrement. Chaque pays a ses manières, ses usages, ses mœurs : c'est sur place qu'on peut efficacement les discuter et les réglementer, et non pas du haut d'une tribune eloignée et *retentissante*. Le Pouvoir verrait d'un œil moins jaloux ces tentatives isolées de défense et d'affranchissement professionnels. Les Sociétés locales, lorsque la loi aura un peu élargi la voie, se constituant en Chambres syndicales et fonctionnant de la sorte, telle serait donc l'autre partie de la tâche. Nous avons la conviction qu'elles y pourraient parfaitement réussir. Déjà, dans un certain nombre de régions, les médecins qui sont hantés de la préoccupation très justifiée de résister à l'exploitation dont ils sont victimes, se sont organisés en Syndicats et croient pouvoir obtenir de cette façon la protection qu'ils attendaient et qui ne leur est point venue de l'Association générale. Sans avoir dans les Syndicats organisés comme ils le sont une confiance extraordinaire et absolument aveugle, nous croyons qu'ils peuvent rendre des services, et il appartiendra aux Sociétés locales de réaliser une idée du même genre, en y mettant la prudence et le tempérament voulus. Nous ne pouvons aujourd'hui entrer dans les détails. Au surplus, tout le monde y suppléera, le sujet étant connu et depuis longtemps élucidé.

Mais, en attendant que les Sociétés locales acquièrent cette importance et cette extension, n'est-il pas permis, d'ores et déjà, d'entreprendre quelque chose, d'essayer de faire un peu plus que ce qu'on fait actuellement, de sortir de cette immobilité de conservateurs ? La chose nous paraît possible. De même que la Faculté de Médecine a le devoir de s'occuper de l'élève qui commence, de même l'Association locale devrait avoir à cœur de guider et de diriger le jeune médecin qui débute. C'est auprès d'elle qu'il devrait trouver un conseil et un appui. Les règles de déontologie ne sont enseignées nulle part. Ce serait à l'Association de les vulgariser. Les rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels dites d'*ouvriers* deviennent de plus en plus tendus, de plus en plus difficiles : tout l'avantage est d'un *côté* et le contrat n'est plus qu'une duperie, n'étant plus synallagmatique. De même pour les Administrations. Sans jeter le cri de guerre, sans faire d'esclandre, tout doucement avec patience, persévérance et énergie, l'Association pourrait se proposer d'entamer le bloc. Le plus mince avantage, un rien d'obtenu relèverait tous les courages. La critique elle-même applaudirait.

De même pour le côté matériel : rien n'empêcherait de tâcher d'arrondir les caisses locales. Les Sociétés *qui le voudraient* s'imposeraient des sacrifices à cet effet, si on leur faisait entrevoir de sérieuses compensations. C'est au Bureau qu'il convient d'étudier et de proposer ces combinaisons. On ne fait point assez appel à la générosité des membres. Dieu sait pourtant combien l'on gémit quand une veuve ou qu'un confrère dans le malheur demandent un secours, et qu'on se voit forcé de ne leur accorder que... cent, deux cents ou trois cents francs un morceau de pain ! Nous le disons avec conviction : bien certainement notre Société de la Gironde, si ardente et si généreuse, verrait avec plaisir ses mandataires s'engager dans cette voie, et elle ne leur marchanderait ni son approbation, ni son concours. Elle comprendrait sûrement chez eux plus de hardiesse associée à la même sagesse.

Donc — et c'est ma conclusion — l'Association générale des Médecins de France est une grande, bonne et belle institution, remplie de bons procédés et pétrie du meilleur esprit. Il faut la garder, la soigner, la faire grandir. C'est un héritage sacré transmis par nos pères. Mais il faut la mettre dans son vrai chemin et ne la

point charger de mener, tambour et trompette en tête, les médecins à l'assaut des abus. Dans cette marche héroïque, mais folle, elle a été arrêtée au nom de la loi : elle le serait encore fatalement, si elle recommençait son air de bravoure. C'est au fond des départements, dans l'intimité des Sociétés locales, qu'il faut placer le palladium de nos libertés, de nos droits et aussi de nos devoirs réciproques. Là, il faut, sans fanfaronnade, mais sans faiblesse, entreprendre la lutte et savoir que si elle est longue, pénible et semée de déceptions, c'est par la patience et l'endurance, et *par le concours de tous*, qu'elle aura quelque chance d'aboutir. *Tous* y sont donc intéressés et doivent payer de leur personne.

L'Association des médecins de la Gironde va tenir prochainement ses assises annuelles : dans cette Assemblée générale, des élections importantes vont avoir lieu au sein du Bureau. Nous y convions nos confrères et nous les conjurons de les faire eux-mêmes sur le programme qui vient d'être exposé, s'il a leur assentiment. Le *Journal de Médecine de Bordeaux* y souscrit des deux mains, pour sa part, et il est prêt à ouvrir ses colonnes toutes grandes à toutes les innovations, à toutes les propositions sérieuses ayant trait à cette grande question qui lui est chère entre toutes : « l'intérêt professionnel. » OTUKONE.

(Journal de Médecine de Bordeaux).

II

SYNDICAT DE L'ARRONDISSEMENT DE BERNAY *(Eure)* FONDÉ LE 3 DÉCEMBRE 1881.

Bureau pour l'année 1883.

Président : MM. BIGOURDAN, à Brionne.
Vice-Président : LEBRUN, à Beaumont-le-Roger.
Secrétaire-Trésorier : VIARD, à Beaumont-le-Roger.

III

SYNDICAT DE ROUEN.

Président : MM. LEVASSEUR.
Vice-Président : NICOLLE.
Secrétaire-Trésorier : TOURNEUX.

Membres du Syndicat.

MM. Barbier, Carliez, Cerné, Deshayes, de Welling, Duboc, Duputel, Gargam, Gauran, Hélot, J. Hue, Laurent, Le Brument, Le Roy, Levasseur *Pr.*; Levesque fils Nicolle, *V. P.* Petit-Clerc, Tourneux, *S. T.*

IV

SYNDICAT SUBURBAIN DE L'ARRONDISSEMENT DE BORDEAUX.

Nous apprenons la fondation dans la Gironde d'un nouveau Syndicat réunissant un certain nombre de nos confrères de la *banlieue* et qui doit porter le nom de *Syndicat médical sub-urbain de l'arrondissement de Bordeaux*.

Décidément l'institution est en faveur et l'idée a fait son chemin. Nous avons dit exactement ce que nous pensions à cet égard. Ces tentatives de groupement des médecins qui parlent à peu près la même langue et exercent dans les mêmes régions, méritent d'être louées et d'être encouragées. C'est un moyen d'action qui, sagement manié, peut donner d'excellents résultats. On peut dans tous les cas le juger à l'essai.

Nous reviendrons sur les Statuts de ces Syndicats. En attendant, nous ne pouvons qu'applaudir à l'initiative intelligente qui vient d'être prise dans l'arrondissement de Bordeaux, dont quelques médecins réclamaient depuis longtemps l'établissement d'un tarif d'honoraires *à minimâ*. Mais pour que cette initiative devienne réellement féconde, il ne faut pas qu'il reste trop de dissidents au dehors ! C'est à nos confrères de juger sainement de leur intérêt.

Le nouveau Syndicat a déjà constitué son Bureau ainsi qu'il suit :

Président : Dr LASALLE (Lormont).
Vice-Président : Dr LAFFORGUE (La Tresne).
Trésorier : Dr LANDREAU (Artigues).
Secrétaire : Dr FAOE (Ambarès).

Nous souhaitons prospérité et longue vie à la nouvelle œuvre de défense et de protection professionnelles. O.

NOUVELLES

DISTINCTION HONORIFIQUE. — La *Société française d'hygiène*, à la suite du *Concours* de 1882, vient de décerner une médaille de vermeil à M. le Dr E. MONIN (de Paris), pour son travail intitulé :

La propreté de la maison et de la personne.

Nous adressons nos félicitations à notre excellent confrère.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours spécial pour la nomination à *deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le jeudi, 22 mars 1883, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria.

— Un concours public pour la nomination à *deux places de chirurgiens au Bureau central*, sera ouvert le jeudi 29 mars 1883, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE. — Les places de l'agrégation de chirurgie et d'accouchement, mises au concours, sont au nombre de quinze, réparties de la manière suivante pour les différentes Facultés de France :

Paris : trois places de chirurgie et une place d'accouchement ; — *Bordeaux* : deux places de chirurgie ; — *Lille* : deux places de chirurgie ; — *Lyon* : trois places de chirurgie et une place d'accouchement ; — *Montpellier* : une place de chirurgie ; — *Nancy* : deux places de chirurgie.

La première séance du concours a eu lieu le jeudi premier mars à cinq heures, à la Faculté de médecine de Paris.

SERVICE MILITAIRE DE SANTÉ. — Par décision présidentielle, en date du 13 février 1883, M. le médecin inspecteur Baizeau, directeur de la septième direction (service de santé) au ministère de la guerre, sera admis, le 6 mars, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

Par décret, en date du 13 février 1883, M. le médecin inspecteur DIDIOT, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, membre du comité consultatif de santé, a été nommé directeur de la septième direction (service de santé) au ministère de la guerre, à dater du 6 mars, en remplacement de M. le médecin inspecteur Baizeau, qui passera, à cette date, dans la section de réserve.

ERRATUM. — N. 8, p. 94, prem. col., lisez : Dr. *Ancelon*, et non Aucelot, comme une erreur nous l'a fait dire.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

17 Mars 1883 — Organe officiel des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — No 11

SOMMAIRE

PRIX DU CONCOURS MÉDICAL POUR 1882.

Le *Concours médical* a publié dans le courant de l'année 1882, la note suivante :

Il sera délivré, en 1883, un prix de la valeur de cinq cents francs à l'auteur du meilleur travail original, observation, étude médicale ou professionnelle, etc.., inséré dans le journal pendant l'année 1882. Cette somme de cinq cents francs pourra être répartie entre plusieurs auteurs. Ne sont exceptés que les collaborateurs rétribués.

Les donateurs du Prix sont: MM. Poulet, de Plancher-les-Mines; Mignen, de Montaigu; Chénier, de Montreuil-sous-Bois; Dhoste, de Guérigny; Reignier, de Surgères; Régi, de Toulouse; Vauthier, de Vandeuvre, et le Directeur du *Concours*, pour une somme totale de trois cent cinquante-sept francs, laquelle somme sera complétée avec les fonds de la Société.

Consultés sur l'attribution du prix, les donateurs ont porté leur choix sur MM. les Drs Mignen pour ses *Lettres sur la médecine cantonale* ; Barat-Dulaurier, pour ses *Chroniques syndicales* ; Rizat, pour ses *Etudes sur les affections de la peau.*

En présence de cette triple désignation portant sur des collaborateurs éminemment distingués et dévoués à notre œuvre, le Comité de Direction ne pouvait que ratifier les choix qui lui étaient soumis : il a donc décidé que le Prix du Concours médical pour 1882 serait partagé entre MM. les Drs Mignen, Barat-Dulaurier et Rizat, et que, par exception, pour cette année, la valeur totale de ce Prix serait portée à six cents francs.

Nous prions nos excellents confrères MM. Mignen, Barat-Dulaurier et Rizat de vouloir bien accepter ce faible témoignage de la reconnaissance de leurs collègues pour leur gracieuse collaboration.

BULLETIN

M. *Vulpian* n'est partisan d'aucune médication systématique, dans le traitement de la fièvre typhoïde ; mais il veut faire connnaître à l'Académie le résultat de ses expériences sur l'emploi de l'acide salicylique, expériences qui nous paraissent avoir été dirigées avec beaucoup de sagesse. Il ne s'est pas servi, en effet, de ce médicament pour les cas légers, qui se trouvent ainsi éliminés, mais l'a réservé pour les cas graves ou moyens ; il n'a pas commencé le traitement le jour de l'entrée à l'hôpital, alors que le malade, fatigué par le transport, paraît souvent présenter un état plus grave qu'il ne l'est en réalité ; enfin, il ne l'a pas employé non plus à la fin de l'épidémie, moment où la maladie est généralement beaucoup moins grave : si tous les expérimentateurs agissaient avec une pareille méthode, les statistiques qu'ils publient auraient une véritable utilité et une signification très précise. Malgré cette réserve toute scientifique, M. *Vulpian* n'a eu qu'une mortalité de 6,54 0/0, alors que ses collègues du même hôpital en avaient une de 10 0/0.

Par l'acide salicylique, cet observateur a pu, le plus souvent, obtenir un abaissement thermique de deux ou trois degrés dans le court espace de vingt-quatre, quarante-huit ou soixante-douze heures suivant les cas, résultat impossible à atteindre avec le sulfate de quinine ; mais il a dû

porter le médicament à la dose de 4, 5 et 6 grammes par jour. L'acide salicylique, qu'il ne faut pas, en ce cas, confondre avec le salicylate de soude, est donc le meilleur agent anti-thermique, actuellement connu ; et, pour l'orateur, ce n'est pas seulement un anti-thermique, c'est aussi un anti-pyrétique ; car si l'élévation de la température n'est pas toute la fièvre, elle en est, du moins, la manifestation la plus certaine. Or, quoiqu'il n'ait que peu d'action sur le cœur, quoiqu'il agisse moins que le sulfate de quinine sur la circulation, l'acide salicylique, en abaissant la température, diminue la fièvre, et produit une amélioration considérable dans l'état général du malade.

L'état des organes, des reins en particulier, n'est pas une contre-indication à la méthode préconisée par M. Vulpian ; la seule contre-indication sérieuse qu'il admette est la constatation d'une très forte bronchite, d'un affaiblissement notable du cœur, ou l'existence d'un délire bien accentué. Quand, par hasard, l'administration quotidienne de 5 ou 6 grammes d'acide salicylique détermine un peu de dyspnée ou de subdélirium, il suffit de l'interrompre pendant quelques jours.

M. Vulpian reconnaît que la méthode qu'il emploie ne constitue pas encore un traitement *curatif*, au sens propre du mot, car elle n'abrége pas la durée moyenne de la maladie et n'empêche pas les rechutes. Mais si l'on n'a pas encore trouvé ce traitement curatif, ce n'est pas une raison pour renoncer à le chercher. Assurément les formes de la fièvre typhoïde sont très variées ; mais, sous ces formes variées, il y a, en somme, une affection unique, cause de tous ces troubles morbides. L'agent typhogène, quel qu'il soit, produit une *maladie spécifique*, à laquelle il faut opposer un *traitement spécifique*, comme nous en possédons un contre une autre affection spécifique, à formes non moins variées, l'empoisonnement palustre. C'est là l'avenir de la thérapeutique, science en laquelle il faut avoir foi, si l'on veut faire progresser la médecine.

Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux conseils académiques, en leur demandant un avis motivé sur l'institution d'un doctorat ès-sciences médicales, les rapports faits dans les Ecoles et dans les Facultés de médecine sur ce sujet.

Il résulte de ces divers documents : 1° que les Ecoles préparatoires sont opposées à l'établissement d'un nouveau grade ; 2° que les Facultés de Nancy et de Montpellier s'y déclarent également contraires ; 3° que les Facultés de Bordeaux, Lyon et Lille y sont favorables à certaines conditions : ces trois Facultés demandent notamment que le doctorat ès-sciences médicales prennent le nom de doctorat ès-sciences biologiques ; 4° que la Faculté de Paris propose la création d'un doctorat ès-sciences anatomico-physiologiques ; 5° enfin, que *toutes les Ecoles et les Facultés demandent la suppression du diplôme d'officier de santé.* D[r] J. Geoffroy.

Nomination de la Commission parlementaire de la loi sur la pharmacie. — La Chambre des députés a procédé à l'élection des membres devant faire partie de la Commission chargée d'examiner la proposition de loi de M. H. Faure, député de la Marne, concernant l'exercice de la pharmacie. Les onze députés élus sont : MM. Lacôte, Dubost, Bouchet, Lenient, Compayré, Truelle, Pradet-Balade, Letellier, Naquet, Fréry et Cadet.

M. Faure, auteur de la proposition, a échoué dans son bureau contre M. le docteur Fréry.

Nous pouvons conclure, de cet incident, que les intérêts du Corps médical seront sauvegardés, quand le projet viendra en discussion.

MÉDECINE PRATIQUE

Des éruptions cutanées causées par les médicaments

Il est utile, pour plusieurs raisons, d'être instruit des manifestations que l'emploi de certains agents thérapeutiques peut déterminer du côté des téguments. On peut en effet se trouver en face de lésions cutanées dont la cause échappe, et, si le malade ne peut ou ne veut pas fournir de renseignement sur les substances dont il a fait usage récemment à l'intérieur ou à l'extérieur, on est exposé à considérer comme une maladie et à combattre par une médication pour le moins inutile une éruption qui va cesser d'elle-même par la suppression de la cause.

On peut encore, ayant prescrit un médicament, être fort décontenancé vis-à-vis du malade et de son entourage, si telle ou telle manifestation cutanée apparaît et qu'on n'ait pas su en faire pressentir la possibilité.

Pour comble d'embarras ces éventualités thérapeutiques très variables, dépendent beaucoup plus de la réaction particulière à certains organismes que des médicaments eux-mêmes. Longtemps ignorées, elles n'ont été l'objet d'études minutieuses que depuis une époque assez récente; la plupart des traités classiques effleurent à peine la question, et il convient, pour s'en faire une idée, de feuilleter un grand nombre de collections de journaux afin de réunir les observations éparses.

Nous avons pensé être agréable à nos lecteurs en leur évitant cette peine et en condensant à leur intention le résultat de nos recherches.

I

Bazin avait baptisé ces faits éruptions médicamenteuses *pathogénétiques*; expression assez mal choisie. Puisque ce mot veut dire, d'après son étymologie, productrices de maladie, on pourrait l'appliquer au médicament, mais non à l'éruption qui en est le résultat.

Pourtant, sous ce titre (1), un des élèves du grand dermatologiste, M. Guérard, a publié, en 1862, une exellente thèse, où sont décrites les éruptions d'origine médicamenteuse alors connues, et posées avec lucidité les questions les plus intéressantes que soulève ce point de pathologie. L'auteur de ce travail nous apprend que Bazin entendait par éruption pathogénétique, toute éruption artificielle produite par l'introduction d'une substance dans les voies de la circulation, et il fait remarquer lui-même qu'elles seraient mieux nommées éruptions *provoquées indirectes*, pour les distinguer de celles qui sont causées par l'application de substances irritantes sur les téguments, ou éruptions provoquées *directes*.

Cette division est commode et mérite d'être conservée; quant au classement des éruptions médicamenteuses d'après la lésion anatomique élémentaire qu'elles produisent, il est radicalement impraticable. Car un de leurs caractères est précisément de revêtir un aspect assez polymorphe ; érythème, papules, vésicules, pustules, peuvent être observés sous l'influence de la même substance, bien qu'avec une fréquence inégale.

Une distinction judicieuse a été également proposée par Behrend. (2). Cet auteur admet une première classe comprenant les médicaments dont les manifestations cutanées sont tardives et paraissent dues à ce que l'organisme en a été saturé ou tout au moins imprégné. C'est en s'éliminant par les glandes de la peau que ces substances déterminent des lésions irritatives, le plus souvent pustuleuses, acné ou dermatite. Ces sortes d'éruptions augmentent quand on accroît les doses du médicament, s'éteignent, au contraire, quand on les diminue, et sont beaucoup moins en rapport avec la susceptibilité individuelle que celles de la seconde classe.

(1) Des éruptions médicamenteuses pathogénétiques. Th. Paris 1862.
(2) Berliner Klin. Wochenschr. 1879.

Celles-ci, en effet, apparaissent très-rapidement chez certains sujets prédisposés, sous l'influence de très petites doses; elles sont généralisées d'emblée, ont une évolution aiguë, peuvent réapparaître chez le sujet chaque fois qu'il est soumis à la même action thérapeutique, mais peuvent aussi ne plus se montrer malgré la continuation du même médicament.

Comme exemples de la première classe on peut citer : l'iode et le brome; de la seconde, la belladone ou certains balsamiques.

Bazin avait établi deux classes dans les éruptions provoquées indirectes ; l'une comprenait les lésions cutanées amenées par l'usage d'aliments liquides (couperose alcoolique), ou solides (urticaire par les moules ou les fraises, pellagre) ; la seconde était relative aux manisfestations cutanées consécutives à l'usage interne d'agents médicamenteux (1). C'est à cette dernière que nous nous attachons seulement aujourd'hui.

II

Balsamiques ou résineux.

L'Eruption qui apparaît chez certains individus soumis à l'usage des préparations balsamiques (COPAHU, CUBÈBE), dénommée érythème cubébo-copahique, se manifeste d'ordinaire assez rapidement, du second au huitième jour après le commencement de la médication.

C'est une roséole qui débute habituellement sous forme de taches rosées ou rouges, inégales comme dimension, à bords arrondis ou déchiquetés, nullement saillantes et disparaissant sous la pression du doigt. Si l'éruption s'opère avec lenteur, elle débute en certains points de prédilection : poignets, malléoles, mains, pieds, genoux. Ces taches peuvent rester petites et isolées, ou se grouper au point de donner à la peau une rougeur presque uniforme. Elles peuvent s'etendre et se généraliser à toute la surface du corps.

Les démangeaisons, très modérées au début, deviennent fort vives et parfois intolérables ; en même temps l'éruption peut se modifier par la transformation des simples macules en véritables papules dont le saillie est appréciable à l'œil et au doigt; c'est surtout dans les lieux d'élection sus-indiqués que l'on trouve alors de larges plaques rouges terminées sur les bords par une sorte de bourrelet ondulé et saillant. Enfin, dans des cas plus rares, l'état fluxionnaire des téguments semble se propager aux couches sous-jacentes, la région entière devient tuméfiée, douloureuse, gênée dans ses mouvements.

C'est alors que l'exanthème cubébo-copahique peut s'accompagner de symptômes fébriles plus ou moins intenses ; que, du côté des muqueuses, on a observé des phénomènes de congestions, rougeur, des conjonctives, de la bouche et de la gorge, irritation même des reins et de la vessie.

M. Mauriac a relaté (2) quelques formes inso-

(1) Affections cutanées artificielles.
(2) Annales de dermatologie, 1880.

lites. Ainsi, après trois ou quatre jours d'ingestion d'une dose ordinaire d'opiat un malade qui, douze ans auparavant, avait suivi le traitement balsamique pour une première blennorrhagie sans aucune manifestation cutanée, présenta une si violente congestion du tégument qu'en beaucoup de points se produisit une sorte de suffusion sanguine, s'élevant par places jusqu'à la tache de purpura. Ce malade vit encore apparaître un œdème de la face « qui *atteignit des proportions presque monstrueuses,* » et disparut pourtant très promptement, sans que les urines eussent un seul instant contenu de l'albumine.

Les taches scarlatiniformes très généralisées au début, se segmentèrent ensuite en plaques d'érythème annulaire multicolore, à tache centrale et à zône périphérique saillantes d'un rouge framboisé violent, séparées par une zône d'une couleur rosée.

L'apparition d'une sorte de *bariolage circiné*, figurant des arcs de cercle, des huit de chiffre, aurait pu en imposer pour une roséole syphilitique maculeuse annulaire, chez un malade ayant présenté en même temps une blennorrhagie pour laquelle il prenait de l'opiat et des chancres infectants datant de quatre à cinq semaines. Mais, au bout de trois jours, la peau avait repris sa coloration normale, et, quelques semaines après, se montra la véritable roséole syphilitique qui n'affecta nullement la forme circinée.

Les éruptions cubébo-copahiques, même les plus confluentes, n'ont aucune gravité ; elles disparaissent aussitôt qu'on cesse l'usage des balsamiques, et même on les a vu guérir rapidement malgré la continuation de la médication.

Outre le diagnostic avec une fièvre éruptive, la roséole syphilitique et l'urticaire fébrile, on pourrait encore agiter parfois la possibilité d'un de ces exanthèmes signalés par M. G. Ballet dans la blennorrhagie et qui viennent lui imprimer pour ainsi dire l'estampille de maladie infectieuse (1).

La TÉRÉBENTHINE à hautes doses provoque une éruption érythémateuse, quelquefois papuleuse ou même vésiculeuse et eczématoïde, se manifestant surtout à la face et à la partie supérieur du tronc.

III

Solanées vireuses.

La BELLADONE, et son alcaloïde, L'ATROPINE, sont fréquemment la cause de manifestations cutanées qui, dans l'immense majorité des cas, revêtent l'aspect scarlatiniforme ; d'où l'appellation de scarlatine belladonée.

Cette efflorescence est très commune chez les enfants ; c'est grâce à sa similitude avec l'exanthème scarlatineux que l'école médicale anglaise, s'appuyant sur la doctrine, dite des signatures, a préconisé très anciennement l'emploi de la belladone comme médicament préservatif et curatif de la scarlatine. Cette doctrine, qui, par un côté touche à la théorie de Hahnemann, puisqu'elle suppose que les médicaments ne guérissent chez les malades que les symtômes qu'ils peuvent provoquer chez les individus bien portants, n'est guère plus défendue aujourd'hui, croyons-nous, en dehors du monde homœopathique.

L'érythème belladoné apparaît très rapidement, quelques heures et même quelques minutes après l'ingestion du médicament, sur la face, le cou et la poitrine, recouvre rarement tout le corps, s'accompagne de sécheresse de la gorge et de mal de tête, ne détermine habituellement ni fièvre, ni démangeaison, ni desquamation. De très faibles doses peuvent provoquer cet érythème, un milligramme et demi par exemple chez certains sujets prédisposés ; une simple friction avec la pommade mercurielle belladonée a été quelquefois suivie du double phénomène d'une éruption vésiculeuse localisée au point frictionné et causée par le mercure, en même temps que d'un rash scarlatiniforme généralisé et consécutif à l'absorption de la belladone.

Le diagnostic avec la scarlatine, habituellement facile à l'aide des commémoratifs et par l'absence de fièvre, ne peut être embarrassant que dans certains cas exceptionnels, et très momentanément.

Il nous souvient pourtant d'un jour de garde à l'Hôtel-Dieu où les gardiens de la paix nous amenèrent un homme trouvé par eux sur la voie publique en état de coma complet et couvert d'une éruption presque généralisée d'un rouge écarlate. L'absence de renseignement, l'état algide du malade qui avait passé plusieurs heures de nuit en plein air, nous firent un instant songer à une scarlatine à forme toxique; mais une mydriase très caractérisée nous remit sur la voie du coma belladoné que les commémoratifs obtenus le lendemain confirmèrent. Le malheureux garçon dont il s'agissait revint à lui progressivement et raconta que, souffrant de la plus profonde misère, il avait résolu de s'empoisonner ; pourvu de quelques connaissances en botanique, il s'était rendu au jardin du Muséum où de nombreuses baies de belladone se trouvaient alors, et, après en avoir fait une large consommation, il s'était promené dans les rues en proie aux phénomènes d'une intoxication rapide jusqu'au moment où, à bout de forces, il était tombé dans le coma sur un banc des boulevards.

Nous n'avons cédé au désir de raconter ce petit fait divers que parce que tel de nos confrères peut se trouver en face d'un cas semblable et qu'une fois averti, on n'est jamais embarrassé.

Le DATURA STRAMONIUM peut aussi produire une éruption érythémateuse (1).

IV

Opiacés, chloral.

L'OPIUM ET LA MORPHINE peuvent provoquer

(1) Revue de médecine, 1882.

(1) Deschamps, Thèses de Paris et Gazette des hôp. 1878.

des éruptions qui sont généralement érythémateuses. Il suffit parfois de doses peu élevées, 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures (Behrend); on a vu cet érythème desquamer en larges lamelles comme la scarlatine. Il convient pourtant de se défier, au sujet de ces observations, des erreurs de diagnostic qui ont pu être commises. Séguin cite un cas d'éruption survenue trois fois chez un même individu avec trois préparations d'opium différentes. Un symptôme qui coïncide habituellement avec le rash morphinique, c'est la présence de sueurs profuses et de violentes démangeaisons ; on a noté encore l'œdème de la face et des élevures d'urticaire aux mains et aux pieds.

Nous avons observé cette année une singulière susceptibilité à l'action des médicaments chez une dame, d'ailleurs entachée d'hystérie; ayant pris un lavement avec dix gouttes de laudanum, elle ressentit une violente chaleur de la peau, des démangeaisons insupportables et tomba dans un état demi-léthargique. Le médecin appelé, ayant constaté les pupilles punctiformes, fit ingérer deux grands bols de café noir très fort. Les phénomènes comateux disparurent assez rapidement, mais il se produisit un singulier état cérébral caractérisé par un délire avec hallucinations de la vue et de l'ouïe; l'anesthésie cutanée était si complète que la malade ne ressentait ni pincement, ni piqûre, et, comme elle avait même perdu la sensibilité au contact, elle se croyait suspendue en l'air. Cette dame était parfaite remise le lendemain de sa double intoxication; elle n'avait jamais pu de sa vie supporter le café, même à faibles doses, et dans cette circonstance, ce breuvage, d'ordinaire innocent, avait agi comme un vrai poison.

Un autre médicament hypnagogique, bien usité depuis quelque temps, le CHLORAL, ou mieux hydrate de chloral, donne parfois lieu à une efflorescence érythémateuse, scarlatiniforme ou ortiée, d'une couleur rose sombre, occasionnant de vives démangeaisons. Les sièges d'élection sont la face, le cou, la poitrine, le voisinage des grandes articulations, les mains et les pieds (1). 2 à 3 grammes de chloral ont suffi pour produire chez certaines personnes l'éruption qui peut s'accompagner d'un mouvement fébrile.

L'emploi prolongé de ce médicament peut déterminer même des lésions cutanées plus profondes, vésicules, purpura, plaques pétéchiales et gangréneuses (2).

Le *haschisch* a produit une fois, à la dose de cinq centigrammes d'extrait, une éruption vésico-papuleuse, livide, généralisée (Nevins Hyde, de Chicago).

La *digitale* a été cause dans deux cas d'une éruption scarlatineuse ou papuleuse (Traube.)

V

Arsenic, mercure, quinine, salicylates, etc.

Les PRÉPARATIONS ARSENICALES sont susceptibles de déterminer des éruptions qui ont été bien étudiées surtout par Imbert-Gourbeyre (3), et qui, d'après cet auteur, seraient très polymorphes, puisqu'il en décrit de pétéchiales, papuleuses, vésiculeuses, ortiées, érysipélateuses, pustuleuses et même gangréneuses. Mais il y a eu confusion sans doute entre l'éruption, qui peut se produire après absorption du médicament, éruption qui est généralement papuleuse, se montre surtout à la face, au cou et aux mains, et les ulcérations résultant de l'action directe de l'arsenic sur les tissus, comme on en observe à l'entrée des narines (Lailler), sur les muqueuses nasale et oculaire (Rollet), dans les espaces interdigitaux, chez les ouvriers employés dans les teintureries ou les fabriques de produits arsenicaux.

A côté, nous plaçons les manifestations cutanées attribuées à l'usage interne du MERCURE. Décrites surtout par les Anglais, elles ont été admises par Bazin qui, tout en les déclarant très rares, les répartit en trois variétés: hydrargyria mitis, febrilis et maligna. On les a depuis lors révoquées en doute. Hebra n'en a jamais observé, pas plus que Duhring; pourtant Fournier, Hallopeau (1), Engelmann (2), ont cité des observations, dans lesquelles, à la suite de l'administration de faibles doses de mercure, même sous forme de calomel, la peau devint lisse, luisante, sèche, rouge, tuméfiée comme dans l'érysipèle; l'éruption commença par la face, se généralisa ensuite au reste du corps. Par contre, rien n'est plus fréquent que l'hydrargyrie externe consécutive aux frictions, sous formes de vésicules (eczéma mercuriel) ou d'érythème.

La QUININE peut déterminer, même à faibles doses, une *éruption érythémateuse qui paraît* d'abord à la face, au cou, puis se généralise, est précédée d'ordinaire de nausées, vomissements, céphalalgie et fièvre, s'accompagne d'œdème et d'injection des conjonctives, de rougeur et de sécheresse du pharynx et des fosses nasales. Cet érythème peut ressembler comme caractères objectifs à la rougeole, à la scarlatine, à l'érythème papuleux ou à l'urticaire ; il est donc multiforme.

L'éruption a pu être aussi bulleuse, et même purpurique (Morrow) (3), avec hémorrhagies des gencives. Elle est toujours distincte bien entendu de l'éruption eczémateuse si fréquente, par contact direct, chez les ouvriers qui préparent le sulfate de quinine.

L'ACIDE SALICYLIQUE et le salicylate de soude, à des doses mêmes moyennes, 4 gr. ont pu causer diverses lésions cutanées, érythème prurigineux avec œdème des paupières, ecchymoses, vésico-pustules (Heinlein, Freudenberg, Wheeler (4).

La SANTONINE (0, 15 c.), urticaire généralisée avec œdème de la face et des paupières (Sieveking).

La STRYCHNINE (trois dixièmes de milligramme), éruption scarlatiniforme (Skinner).

(1) Martinet. Thèse, Paris 1879.
(2) Kirn. Practitioner, vol. X.
(3) Moniteur des hôpitaux, 1857.

(1) Du mercure. Thèse d'agr. 1878.
(2) Berlin. Klin. Woch. 1879.
(3) New-York. Med. Journal, 1880.
(4) Cités dans Duhring. Traité des maladies de la peau, 1882.

L'ACIDE PHOSPHORIQUE, éruption bulleuse, pemphigoïde.

Mais ce sont là, croyons-nous, des exceptions très rares, prouvant beaucoup plutôt la susceptibilité anormale, extraordinaire de certains sujets à l'action de tout médicament que l'action nocive des médicaments incriminés.

VI

Iodures, bromures

Bien autrement fréquentes sont les lésions cutanées consécutives à l'usage des substances par lesquelles nous allons terminer cette revue, l'IODE et les iodures, le BROME et les bromures.

L'*iodure de potassium* peut engendrer des éruptions érythémateuses, papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses, bulleuses, purpuriques et ortiées.

L'érythème iodique est la plus fréquente des variétés; plaques discrètes ou confluentes sur les avant-bras, la face, le cou, devenant papuleuses par un traitement plus prolongé.

La variété pustuleuse s'observe sous forme d'acné à la face, aux épaules, au dos, à la poitrine et aux bras. Par confluence d'un grand nombre de ces boutons, se forment parfois des plaques de dermatite phlegmoneuse circonscrite d'un demi-pouce de diamètre, qui nécessitent l'incision ou le *raclage* des pustules avec la curette de Volkmann. Adamkiewicz a trouvé de l'iode dans ces pustules; il s'agit donc bien là d'une action irritative par élimination et non plus d'une réaction particulière de l'organisme entier, comme dans les cas cités plus haut. Sans doute la susceptibilité individuelle joue ici encore un certain rôle, mais bien moindre, et toujours la poussée iodique est proportionnelle à la durée de la médication et à l'importance des doses d'iode ingérées.

L'éruption iodique bulleuse ou pemphigoïde, récemment décrite par Besnier (1), est constituée d'abord par des vésicules pâles ou jaunâtres ; plus tard se montrent des bulles noirâtres ou violacées dont le contenu peut être sanguinolent ou purulent ; elle se montre au cou, au front et aux extrémités supérieures plutôt qu'aux inférieures ; elle a été vue dans la bouche.

Le purpura iodique, très rare, bien décrit par Fournier (2), est précoce, siège surtout aux jambes sous forme d'ecchymoses miliaires, plus rarement sous forme de taches ecchymotiques étendues. D'après Ringer, l'iodure d'ammonium serait plus actif au point de vue de la production des accidents cutanés que les autres iodures, l'iodure de sodium serait le plus bénin.

Le *bromure de potassium* produit surtout une éruption acnéique disséminée ou furonculeuse, siégeant à la face, à la poitrine au dos, sur nos bras. Nous avons déjà eu l'occasion d'en entretenir nos lecteurs à propos du traitement de l'épilepsie (3).

(1) Ann. de dermatologie, 1882.
(2) Revue mensuelle de Méd. 1877.
(3) Voir Concours médical, 1882.

La confluence de cette acné peut être telle que des abcès et des phlegmons se montrent en divers points du tégument; cette fâcheuse susceptibilité de certains sujets est un des plus grands ennuis que l'on rencontre dans le traitement prolongé des épileptiques.

A côté des boutons d'acné aboutisant à la suppuration, un assez grand nombre persistent à l'état de nodules rouges, violacés, plus ou moins volumineux.

On a dit que les éruptions bromiques étaient plus fréquentes chez les personnes grasses, et surtout chez les femmes, — l'administration des stimulants et notamment de l'arsenic en modère peut-être l'intensité.

Nous devons signaler, en terminant, que l'élimination du bromure par le lait peut incommoder les nourrissons; car Tilbury Fox a observé une éruption cutanée causée chez un enfant de trois mois par le bromure de potassium que prenait sa mère (*Lancet*). PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

PENSIONS DE SECOURS ET PENSIONS DE DROIT POUR LES MÉDECINS.

Mon cher confrère,

J'ai lu avec beaucoup de plaisir, dans le *Concours médical* du 17 février, l'excellent article du Dr Ordonneau, sur la Caisse des pensions de la Fédération médicale belge. Il y a longtemps que je voudrais voir une institution de ce genre chez nous et je ne me doutais pas que la chose était réalisée dans d'autres pays. Je soutiens depuis longtemps que nos deux grandes Associations ne répondent pas aux vrais besoins du corps médical.

La plupart des praticiens ont la vie assez pénible pour désirer une pension dans la vieillesse, tandis qu'ils sont à peu près certains de n'être jamais assez misérables pour solliciter des secours. Il faut des PENSIONS DE DROIT, échéant à un certain âge (ou plustôt, en cas d'infirmités), et nos deux Associations ne peuvent s'y engager, vu la faiblesse des cotisations.

Si nous organisions une véritable Société de secours mutuels entre médecins, soumise aux mêmes conditions que les autres Sociétés de secours mutuels, nous jouirions en France d'un grand avantage qui n'a, sans doute, pu être accordé à nos confrères belges. L'Etat fait, chaque année, à titre purement gratuit, des dons ou subventions aux Sociétés de secours mutuels qui ont fait opérer des versements à la *Caisse des retraites*. — Ainsi, si la *Société de la cordonnerie*, par exemple (l'une des mieux administrées), y verse 3,000 francs cette année, elle est certaine de recevoir, dans les premiers mois de l'année prochaine, du Ministère de l'Intérieur, un cadeau

soir et avec injection, ne sont pas trop cotées à 4 fr. Les visites de nuit de 6 à 10 fr. — Si on vous oppose, comme vous le dites, le grand nombre de visites faites en sept mois, pour obtenir une réduction, vous n'avez à répondre qu'une chose, c'est que ce n'est pas après la mort que les héritiers sont fondes à faire une telle observation. Le malade était le meilleur juge des soins qu'il réclamait de vous.

— Dr C. 177. (Tarn).
Nous publierons ce fait singulier de rebouteur qu'on voudrait associer à des médecins honorables.

— Dr M. 1340. (Tarn).
Pour le poste de médecin à Panama, adressez-vous directement à la Compagnie de l'Isthme; pour le poste de médecin de colonisation, directement au gouverneur de l'Algerie, en envoyant copie de votre diplôme et autres titres, s'il y a lieu.

— Dr V. à V. 1182. (Aube).
On a fait les envois à MM. V. et J. On mettra à profit, pour nos lecteurs, vos justes réflexions et nous vous prions de mettre à exécution, le plus promptement possible, le projet consigné dans le dernier paragraphe de votre lettre.

— Dr D. D. à G. 1133.
Comme vous, nous croyons que le titre de *Société de prévoyance*, venant avant celui de *Société de secours*, l'Association générale a tout intérêt à favoriser l'évolution des *Syndicats*, au lieu de les entraver. Ce sont eux qui doivent avoir ce rôle de *prévoyance* qui facilitera la tâche de l'*Association de secours*, en rendant son intervention plus rare et par conséquent plus efficace. — Nous voudrions bien posséder le travail lu à l'Association de *l'Hérault* sur les rapports du Corps médical avec la magistrature. Nous publierons votre rapport récent. Nous ne comprenons pas ce qu'entendaient vos confrères, lorsqu'ils vous répondaient: « *qu'il s'agissait d'une question tout-à-fait individuelle.* » Quelques détails nous seraient très précieux.

— Dr B. à V. (Isère), 5 mars.
L'exemple est curieux; bon à connaître; nous doutons qu'il soit pratique; nous le publierons.

— Dr P. à A. (Somme), 6 mars.
Nous sommes heureux de votre favorable changement de résidence et du retablissement de votre santé. Disposez de nous en toutes circonstances.

— Dr B. à J. (Oise), 5 mars.
Nous pensons, jusqu'à ce que les syndicats aient résolu

la question, qu'un certificat délivré par le médecin à un écolier guéri d'une maladie contagieuse, doit être gratuit pour la famille s'il est délivré par le médecin-inspecteur de l'école. Celui-ci sera rétribué par la commune ou l'administration. Nous estimons que, dans tous les cas, ce certificat ne peut être délivré que par l'inspecteur de l'école, qu'il ait ou non dirigé le traitement. Quand le service d'inspection n'est pas organisé, le certificat en question est rétribué comme tous les certificats médicaux.

— Dr S. à L., 1920, 6 mars. Nous publierons votre relation. Heureusement, pour l'enfant, que vous ne vous en êtes pas tenu aux apparences.

— Dr S. 1455, 7 mars. Nous nous empressons de délerer à votre désir. C'est ainsi que les changements de clientèle devraient s'opérer. Lorsqu'ils ont lieu par l'intermédiaire d'un syndicat, on est assuré que les déceptions seront plus rares et s'il s'en produit, elles seront du fait de la personne et non du poste lui-même.

— Dr C. 1889, (Indre-et-Loire). Nous nous sommes insuffisamment expliqué en répondant à M. le Dr G. 484 (Gard) (Correspondance numéro 9..) Nous n'avions pas en vue les pensions, mais les *secours :* Voici l'article des statuts généraux qui les concerne.

Art. 43. — Le Sociétaire n'a droit à des secours qu'après avoir fait partie de la Société pendant trois années consécutives. Cependant si, avant l'expiration de ce délai, il est fait une demande suffisamment motivée, un secours exceptionnel peut être accordé.

Quant aux pensions, leur attribution est limitée par l'article 2 du règlement :

Art. 2. — La Commission réunie examine la demande, et, s'il est établi qu'elle est faite en faveur d'un sociétaire âgé de plus de cinquante ans, infirme, privé de ressources et *ayant payé régulièrement sa cotisation sociale depuis dix ans au moins*, elle la transmet au Conseil général avec son avis motivé, elle y joint copie légalisée de l'acte de naissance du sociétaire et toutes les pièces qui peuvent justifier sa demande.

MM. les Docteurs. — Dr T. à B., (Var). — Dr B. à L., (Loiret). — Dr P. à P., (Algérie). — Dr A. à L., (Nord). — Dr G. à A., (Nord).
Vous êtes inscrits.

Rhumatisme articulaire chronique. Guérison en douze séances.

Madame N..., de Villeneuve-le-Roy, est âgée de 34 ans, très anémiée, amagrie; elle est atteinte de rhumatisme chronique à forme torpide. Elle souffre surtout des épaules et des mains. Celles-ci sont œdématiées; les poignets sont endoloris; l'appétit est conservé; le sommeil est perdu depuis quatre mois. La maladie remonte à un an. Elle est due à l'humidité de l'habitation, qui a occasionné une extinction de voix que rien n'a fait disparaître. Les règles sont conservées

Le traitement est commencé le 20 janvier 1881. Déjà le 27, après le sixième bain, une amélioration très grande existe. Les épaules se délivrent; leurs mouvements sont plus étendus. Les articulations des doigts sont toujours enraidies et empâtées, tantôt rouges tantôt décolorées.

Après 12 bains, je suspends la cure, afin de ne pas surmener l'organisme, dont le réveil est très manifeste et dont les réactions, soutenues par une alimentation généreuse, suffiront peut-être à la guérison. Les effets utiles se continuent à ce point que, sans le secours ni d'une autre saison thermale, ni d'aucun remède, elle se trouve, au bout de deux mois, débarrassée de la maladie. La voix est revenue.

Dr CHEVANDIER.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES (Suite).

ment des petits repas ; ou le **sirop Bourguignon** à la même dose, est le meilleur agent thérapeutique qu'on puisse diriger contre l'arrêt de développement des jeunes enfants.

Grâce à son usage, la **dentition** devient plus régulière et moins pénible. **L'enfant** qui, souvent ne pouvait se tenir sur les jambes, **reprend de la force** et finit par marcher.

Toutes les fonctions enfin qui paraissaient languissantes, se régularisent et reprennent leur activité.

Le flacon : 2 fr. 50, Pharmacie Laboureur, 26, rue de l'Abbé-Grégoire, Paris.

ERGOTINE BONJEAN

L'ergotine de Bonjean se présente sous forme d'une substance extractive, d'un brun foncé, très soluble dans l'eau, mais insoluble dans l'alcool ou l'éther, (condition très importante, puisque les substances toxiques renfermées dans l'ergot sont précisément insolubles dans l'eau et solubles dans l'alcool ou l'éther).

La séparation de ces subtances nocives permet **d'administrer l'ergotine à hautes doses** et d'en **prolonger l'usage** sans qu'on ait à craindre aucun des inconvénients attachés à l'emploi de l'ergot lui-même.

L'Ergotine Bonjean se trouve dans toutes les pharmacies.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

On comprend de quelle utilité peut être, dans la **fièvre typhoïde**, l'action d'un médicament à la fois astringent et antizymotique sur le gros intestin et les matières qu'il renferme : aussi avait-on cru devoir prescrire les lavements phéniqués. Les accidents qu'ils provoquèrent les firent abandonner.

Repris avec le **Coaltar saponiné**, ce mode de traitement s'est montré absolument inoffensif et a donné les meilleurs résultats, **le coaltar saponiné présente en effet tous les avantages de l'acide phénique sans en avoir les inconvénients.**

Le Dr John Lemoine conseille encore dans la fièvre typhoïde les **lotions coaltarées** froides, les **gargarismes coaltarés** lorsque la langue est recouverte d'un enduit épais et que l'haleine est fétide. Il donne même le **coaltar saponiné** à l'intérieur, en l'incorporant dans un sirop, un julep ou une boisson quelconque.

Pharmacie Lebeuf, 14 et 16 rue Chégaray (Bayonne).

GRANULES BERTHIOT

HOMOGÈNES ET MATHÉMATIQUEMENT DOSÉS.

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS. — Le traitement des vomissements varie avec la cause qui les détermine :

Le vomissement est-il saburral ? on donnera un purgatif salin, puis des granules de quassine au début de chaque repas.

Le vomissement est de nature irritative ou spasmodique ? On aura recours aux granules d'hyoscyamine, de morphine, de codéine, de bromhydrate de cicutine ; aux granules d'arséniate de soude.

Si le vomissement est névrosique comme dans l'hystérie, on donnera l'arséniate de strychnine, l'arséniate de fer (si l'anémie domine) ; l'hyoscyamine de quinine, le valérianate de zinc (si l'élément spasme domine).

Enfin les vomissements liés à l'état de grossesse seront combattus par les granules de strychnine, d'hyoscyamine, de morphine.

Pharmacie Berthiot, 107, rue du Faubourg St-Antoine, Paris.

VIN DE GILBERT SEGUIN

Le **vin de Gilbert Séguin** est délivré dans dos bouteilles revêtues du cachet Gilbert Séguin, incrusté dans le verre ; elles sont scellées de ce même cachet. Le bouchon porte, dansla partie qui se trouve dans la bouteille, les mots : **Gilbert Séguin.**

Enfin les bouteilles sont accompagnées d'un livret de vingt-quatre pages d'impression qui contient l'intruction sur la manière de faire usage de ce vin, ainsi que les observations qui constatent son efficacité.

Eviter les contrefaçons en exigeant ces marques.

Capsules et dragées au Bromure de Camphre
DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON).

Le **Bromure de Camphre**, tel que l'obtient M. Clin, est parfaitement **cristallisé**, et l'on se rappelle que M. le professeur Wurtz a présenté à l'Académie des Sciences de magnifiques échantillons en 1875. C'est là, on le comprend, une garantie parfaite de la pureté du produit et de la fixité de sa composition.

Le moyen le plus rationnel d'administrer le bromure de camphre consiste à le faire prendre sous forme de **dragées** contenant **dix centigrammes** du médicament, ou de **capsules** qui renferment **vingt centigrammes.** L'enveloppe sucrée des dragées se dissout rapidement dans l'estomac ; l'enveloppe de Gluten des capsules, au contraire, ramollie seulement dans l'estomac, n'est dissoute que dans le duodénum. De là, une première distinction dans le choix de la forme employée : avec les capsules, on évitera toute action sur l'estomac. L'absorption du médicament est d'ailleurs absolument certaine, quelle que soit la forme préférée.

Le **Bromure de Camphre** est un sédatif énergique du système circulatoire et du système nerveux cérébro-spinal : on l'emploie donc avantageusement dans la **chorée**, le **delirium tremens**, l'**épilepsie** et, en général, dans toutes les névroses congestives. Son action est encore remarquable dans les affections des organes génito-urinaires d'origine surtout nerveuse : dans la **nymphomanie**, le **priapisme**, la **spermatorrhée**, dans le **ténesme vésical ou anal**, dans les **cystites névralgiques** on en obtiendra de bons résultats.

Il est assez difficile de déterminer d'une manière générale les DOSES auxquelles doit être ordonné le bromure de camphre ; il faut se guider sur la maladie, d'une part et, d'autre part, sur le malade lui-même. Cependant,

d'environ 2,000 francs. Certaines années, les subventions sont encore plus considérables et ce n'est que grâce à elles que les Sociétés de secours mutuels françaises arrivent à distribuer des pensions présentables.

Il va sans dire que, pour donner des pensions de droit, atteignant un millier de francs, il faut des cotisations assez fortes: cinq ou six francs par mois, ou cent francs par an. Qu'en pensez-vous?

Agréez, etc. Dr Landur.

Réponse

Nous reconnaissons que les cotisations de l'Association générale française sont insuffisantes. Si nous avions eu voix au chapitre lorsqu'elle a créé sa caisse des pensions, nous lui aurions conseillé de rendre cette caisse spéciale aux membres de l'Association qui, voulant s'assurer le droit à la retraite, se seraient engagés à verser une somme annuelle suffisante. — L'Association aurait subventionné cette caisse des pensions avec une partie de ses ressources, réservant l'autre pour les *pensions de secours*. Vous pourriez soulever, à la prochaine Assemblée générale de *l'Association générale*, cette intéressante question des subventions du gouvernement et de l'emploi des fonds destinés aux pensions.

II

MÉDECINS ET COMPAGNIES D'ASSURANCE.

Cher et honoré Directeur,

Dans le numéro du *Concours* du 27 janvier dernier, vous invitiez vos lecteurs à produire leurs observations sur les rapports des médecins avec les compagnies d'assurance sur les accidents. Je me fais à la fois un devoir et un plaisir de répondre à votre appel et d'attirer l'attention de tous nos confrères sur le sujet qui nous préoccupe beaucoup au *Syndicat de Meurthe-et-Moselle* et qui est d'autant plus important qu'il met souvent à de dures épreuves, non seulement nos intérêts matériels, mais encore et surtout la dignité de notre profession.

Il y a deux espèces d'assurances sur les accidents, les *individ elles* et les *collectives*. Dans ces dernières, dont je m'occuperai uniquement, un chef d'industrie passe avec une compagnie un contrat en vertu duquel tout ouvrier blessé pendant son travail, doit recevoir une indemnité proportionnelle à la durée de l'incapacité de travail ou au degré d'invalidité permanente qui résultent de la blessure. Les ouvriers subissent une retenue obligatoire sur leur salaire, pour constituer la prime de l'assurance.

Le règlement de l'indemnité, pour chaque sinistre, repose uniquement sur le diagnostic d'une blessure et l'évaluation de ses conséquences, opérations qui relèvent exclusivement du domaine de l'exercice de la médecine; aussi le médecin y jouet-il un rôle d'une importance majeure et chaque accident entraîne-t-il nécessairement une *expertise*, sans laquelle cette variété d'assurance ne saurait exister.

Je dis *expertise*, car quoique les compagnies aient une grande tendance à donner aux « rapports » des titres plus humbles (certificats, attestations, etc.), dans le but d'en diminuer la valeur matérielle, il n'en est pas moins vrai qu'elles s'en servent toujours comme d'éléments principaux pour soutenir et engager leurs nombreux procès ou contestations et que la responsabilité du médecin y est toujours très grande.

Etant donné que ces compagnies ont des rapports obligés avec le médecin, nous allons voir comment elles se conduisent à l'égard de cet auxiliaire indispensable.

Mais d'abord, remarquons que pour chaque sinistre, il y a un blessé à soigner et une blessure à expertiser, une mission pour un médecin traitant, et une autre pour un médecin expert et que toutes deux sont souvent très délicats à concilier. Il y a là, en effet, deux intérêts directement opposés, celui du blessé qui tient à être indemnisé le plus largement possible, et celui de la compagnie qui tient à limiter strictement cette indemnité aux conséquences exclusives de la blessure. Or, rien n'est fréquent comme les complications qui laissent une marge très large aux appréciations approximatives dans lesquelles l'un quelconque de ces intérêts pourra se croire lésé.

Toutes les différences des rapports des diverses Compagnies avec les médecins reposent sur cette distinction des deux rôles de médecin traitant et expert, suivant: 1° Qu'elles ne rétribuent ni l'un ni l'autre; 2° qu'elles n'en rétribuent qu'un seul; ou 3° qu'elles les paient tous deux.

1° Dans le premier cas, (Compagnie suisse de Winterthur, Royale belge, Caisse paternelle, etc)., la Compagnie ne désigne, n'impose ni ne paie aucun médecin; elle laisse à ses assurés la liberté du choix de celui qui les soignera; seulement, comme elle ne peut se passer de renseignements, elle inscrit dans ses polices une clause en vertu de laquelle nul ne sera admis à recevoir d'indemnité, s'il ne fournit, à ses frais, une attestation du médecin qui le soigne, renfermant sur son état, tous les détails qu'il lui plaira d'exiger.

Pour la Compagnie, le procédé entraîne une double conséquence. La première est l'économie des frais d'expertise, ce qui explique l'âpreté avec laquelle le système est défendu. En second lieu, comme elle accepte indistinctement la signature de tous les médecins, elle est amenée à leur supposer à tous le minimum de valeur possible, et à exiger des renseignements assez nombreux et assez précis pour pouvoir juger elle-même la situation: aussi, ces soi-disant *attestations* ont-elles la forme d'un questionnaire compliqué, qu'elle refuse obstinément tant que les réponses ne lui semblent pas assez complètes, ni assez précises.

Quant au médecin, qui n'a reçu aucun mandat de la Compagnie et qui est lié envers son client par tous ses devoirs de médecin traitant, il est facile de prévoir que ce système lui crée une situation inacceptable, parce qu'il met en péril à

chaque instant sa réputation, son honneur, la dignité de la profession et que, la plupart du temps, il constitue une simple duperie au point de vue de ses intérêts matériels.

En effet, le médecin traitant est rigoureusement tenu, soit de violer le secret médical au profit exclusif d'une Compagnie qu'il ne connaît pas, et contre l'intérêt de son client, puisque toute révélation de complication étrangère à la blessure n'a d'autre but que de faire diminuer l'indemnité; soit, s'il se refuse à cette étrange obligation, d'accepter la responsabilité morale de la privation absolue d'indemnité pour son malade.

Et qu'on ne croie pas que les faits où la question du secret se pose soient de rares exceptions, ils sont au contraire très fréquents (huit fois sur vingt dans ma pratique personnelle), et elle y est d'autant plus grave, qu'ici elle est toujours doublée d'une question d'argent.

Tantôt c'est un accident qui frappe un malheureux atteint d'une affection grave, au début, tuberculose, cancer, etc. La blessure a été longue à guérir, la Compagnie a remarqué cette durée anormale et le médecin traitant se trouve en face de cette question, que je copie textuellement: « Le jour de l'accident, le blessé jouissait-il d'une bonne santé et était-il parfaitement capable de vaquer à ses occupations? Sinon de quelle maladie ou indisposition était-il affecté ? » — Si le médecin refuse de répondre à cette question, comme c'est son devoir, la Compagnie refuse toute indemmité et motive sa décision par la conduite du médecin qui aura à s'en expliquer avec l'ouvrier. Notons bien que la Compagnie refuse toute indication vague. S'il nie la maladie persistante, la Compagnie fera des réserves sur la longueur du traitement et soupçonnera le médecin d'incapacité ou de complicité d'une fraude. Enfin s'il révèle la vérité, son client se verra privé, sans savoir pourquoi, d'une partie de l'indemmité sur laquelle il comptait, il protestera et on lui apprendra, soit directement, soit en plein tribunal que son médecin traitant a écrit et signé qu'il était phthisique ou cancéreux. Donc, pas de solution franchement honorable, de quelle que manière qu'on envisage la question.

Plus souvent encore, il s'agit de blessés dont l'incapacité de travail est allongée par une maladie intercurrente quelconque. L'ouvrier ne manque jamais de prier le médecin de n'en rien dire à la Compagnie qui diminuerait l'indemmité: quelquefois la nature même de l'affection impose le secret (syphilis conjugale, etc). Le médecin doit répondre, sous peine de priver son client, de toute indemnité, à la question suivante: « Est-il survenu, depuis le jour du sinistre, des maladies « n'ayant aucun rapport avec la blessure qui en « a été la suite, ou des circonstances quelconques « qui aient aggravé les conséquences de cette blessure? En cas d'affirmative, dans quelle étendue? » Même piège, même embarras que plus haut. Si la réponse est nulle ou peu précise, point d'indemnité: si le médecin nie l'existence d'une complication, la Compagnie l'accusera d'incapacité ou de complicité d'une fraude, s'il dit la vérité, le blessé ou son avocat accusera le médecin d'avoir manqué au plus sacré de ses devoirs professionnels et d'avoir oublié l'article 378 du Code pénal.

Dr H. Pitoy,

(*Vice-président du syndicat de Meurthe-et-Moselle.*)

(*à suivre*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'asthme permanent et son traitement.

Pour la plupart des médecins, dit M. *G. Sée*, dans une leçon recueillie par MM. Eloy et Talamon, l'asthme est une maladie intermittente à accès paroxystiques se produisant surtout la nuit, et disparaissant au bout de quelques heures, sans laisser d'autres troubles de la santé qu'un certain degré de fatigue et d'énervement général. L'intermittence est, pour ces médecins, le fait caractéristique, et cette idée domine à tel point les esprits, qu'on se refuse à accepter la notion d'un asthme à dyspnée continue. On admet bien que les accès d'asthme, en se répétant, finissent par déterminer une dyspnée habituelle qui persiste entre les attaques. Mais pour peu que ces phénomènes d'oppression continuelle, s'accentuent, vous voyez s'effacer l'idée d'asthme; le médecin, appelé à formuler un diagnostic, ne s'inquiète même plus de savoir si le malade a eu antérieurement des accès intermittents; il ne voit pas au delà de la lésion qu'il a sous les yeux, et il dit: emphysème pulmonaire avec bronchite chronique. A plus forte raison conclut-il encore ainsi, si, remontant dans les antécédents, il apprend que le malade n'a jamais eu d'accès nocturnes. M. G. Sée cherche, au contraire, à établir que non seulement l'asthme peut devenir continu après avoir été intermittent, mais qu'il peut d'emblée, et sans avoir passé par la phase d'accès à paroxysmes plus ou moins éloignés, constituer une maladie à dyspnée permanente et que l'asthmatique, si catarrheux et si emphysémateux qu'il soit, est toujours un asthmatique.

Pour l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, trois éléments entrent dans la constitution de l'asthme: une dyspnée nerveuse spéciale, un exsudat bronchique et un état emphysémateux du poumon. Si court que soit un accès d'asthme, ces trois éléments s'y rencontrent toujours. La dyspnée asthmatique s'accompagne constamment d'un catarrhe transitoire et d'un emphysème passager. Ne voir dans l'asthme que l'élément nerveux, c'est négliger deux termes de la question sur trois, c'est se refuser à comprendre l'évolution ultérieure de la maladie et les divers aspects qu'elle peut revêtir. Que le catarrhe, en effet, s'exagère d'une manière inaccoutumée, et vous aurez une forme nouvelle de la maladie sous le nom d'asthme *catarrhal*, et dans certains cas, rares à la vérité, où le flux bronchique devient d'une abondance tout-à-fait extraordinaire, l'asthme *pituiteux*. Si,

au contraire, l'emphysème transitoire s'accentue, se développe et s'établit d'une manière définitive, vous aurez l'asthme à prédominance *emphysemateuse*; c'est cette forme surtout qui répond à ce que M. G. Sée appelle l'asthme permanent.

Le véritable traitement de cet asthme permanent, aussi bien que de l'asthme classique, est l'iodure de potassium, non à la dose de 25 à 30 centigrammes, mais à la dose de 2 à 3 grammes par jour, continuée pendant un certain temps. Sous l'influence de ce traitement, les exacerbations disparaissent, la dyspnée continue se modère, pendant que la toux et le catarrhe s'atténuent. On peut arriver ainsi à améliorer, en quelques jours, de prétendus catarrhes avec emphysème qui résistaient depuis des mois au traitement classique du catarrhe par les sulfureux, les balsamiques, les opiacés; quelquefois pourtant, pendant les premiers jours, il est nécessaire, afin d'empêcher l'iodisme, d'ajouter 5 ou 10 centigrammes d'opium à la dose quotidienne de l'iode.

* * *

Traitement du Croup par l'Emétique (Dr Bouchut).

Le traitement du croup par l'émétique est très ancien. Il est en usage depuis vingt-cinq ans dans le service de M. Bouchut où il a donné plus de deux cents guérisons sans qu'il ait eu à regretter aucun accident. Beaucoup de médecins, à Paris et en province emploient cette médication avec le même succès, et on peut dire que ceux qui savent convenablement se servir de l'émétique, relativement à sa dose et à son mode d'administration, n'en retirent que des avantages. Pour n'en donner qu'une idée sommaire, M. Bouchut ajoute que cette année, sur les cent cinquante cas de croup venus dans le pavillon d'isolement diphthéritique, il y en a eu vingt-cinq qui ont échappé à l'opération au moyen de l'émétique.

Tous les faits de dépression des forces chez les enfants et de diarrhée cholériforme attribués à cette médication sont possibles et vrais, si l'émétique est mal administré. Ils ne s'observent pas sous la surveillance des médecins qui connaissent l'emploi du médicament. On ne les rencontre jamais dans son service.

Quelle est donc la manière d'administrer l'émétique dans le croup pour en tirer tous ses avantages et pour en éviter les inconvénients? Le procédé est bien simple. Il faut se garder de faire boire les enfants après qu'on a donné la potion, de manière à ne pas diluer le médicament. Si les enfants ont soif, une cuillerée d'eau sucrée peut les satisfaire. De cette façon, le médecin obtient ce qu'il désire, il a un médicament émétique, contro-stimulant et non un médicament purgatif. S'il désire avoir l'action purgative, il n'a qu'à faire boire de l'eau chaude en abondance, et la purg tion se produira, suivie même d'accidents de d rrhée cholériformes.

Le médecin peut donc, à son gré, lorsqu'il donn l'émétique à un enfant, avoir un effet vomitif ou purgatif. S'il défend les boissons, et si on lui obéit, son émétique fera vomir; si la mère de l'enfant ou les domestiques donnent trop à boire pendant les deux heures suivantes, l'émétique devient par ce lavage un purgatif plus ou moins énergique.

Voici donc de quelle manière l'émétique doit être donné dans le croup pour obtenir le chiffre de guérisons plus haut rapporté.

Tous les jours, donner le vomitif suivant :

Eau sucrée		80 grammes;
Émétique	25 milligr.,	au-dessous de 10 ans.
—	5 centigr.,	au-dessus de 10 ans.

A prendre en une fois, et ne pas boire avant une période de deux heures.

On a ainsi des vomissements muqueux ou membraneux qui débarrassent les bronches et le larynx; puis dans la journée laisser l'enfant manger des potages épais, des biscuits trempés dans du vin.

De plus, si le cas est grave, comme potion contro-stimulante, faire prendre :

Potion gommeuse	100 grammes;
Sirop diacode	20 —
Émétique	10 centigr.

A prendre une cuillerée à café toutes les deux heures, sans donner beaucoup à boire aux enfants et en les laissant manger ce qu'ils désirent, tant que la respiration est gênée, fréquente, et que la toux reste croupale.

De cette façon, la tolérance de l'émétique s'établit et les enfants peuvent prendre cette potion, pendant *plusieurs jours de suite*, tout en mangeant bien, et sans avoir ni vomissements ni diarrhée.

Si par hasard la tolérance ne s'établit pas, et si les enfants vomissent, ordre doit être donné aux parents d'arrêter l'usage de la potion pour éviter d'affaiblir les malades.

Tel est le traitement médical du croup par l'émétique. C'est le seul auquel l'auteur attache une importance réelle, en raison des nombreux succès qu'il a donnés, et toutes les objections qu'on lui adresse sont pour lui sans aucune valeur. Ces objections tomberaient si, au lieu de généraliser des reproches d'après quelques traitements mal dirigés, on se conformait aux règles qu'il a tracées.

« En cinq mois, dit M. Bouchut, eu à soigner cent cinquante cinq cas de croup, vingt-cinq ont guéri par l'émétique employé comme je viens de le dire, et aucun n'a souffert de la médication. Ceux qui n'ont pu guérir ainsi, au nombre de cent trente, ont été opérés et ont fourni vingt-neuf guérisons, de telle sorte que sur cet ensemble de croups, il y a eu cinquante-quatre guérisons et cent un morts, soit environ un guéri sur trois malades. »

(*Paris-médical*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

LES SYNDICATS ET L'ASSOCIATION MÉDICALE DE LA GIRONDE.

L'Assemblée générale de l'Association des médecins de la Gironde a eu lieu le dimanche 25 février. Un certain nombre de confrères s'étaient rendus à cette réunion. Ceux de la ville et de la banlieue, avaient, en grande majorité, répondu à l'appel; mais, en revanche, ceux de la campagne et des parties éloignées du département s'étaient, en général, abstenus, témoignant ainsi, une fois de plus, de leur incurable indifférence pour ce qui les touche de plus près. Moins de quatre-vingts sur plus de trois cents membres, c'est-à-dire moins du quart de ceux qui composent l'Association; certes, il n'y a pas là de quoi se féliciter.

Néanmoins, la réunion a présenté un grand intérêt en raison surtout de l'introduction, par le Dr Lasalle, membre du *Concours*, de la *question des Syndicats*. On se souvient que cette question fut abordée, il y a six mois, lors de la réunion tenue à Pauillac. On écoutait bien les observations très judicieuses, présentées par l'honorable Dr Rafaillac; mais on n'y prêtait guère qu'une oreille distraite; et si on ne protestait pas, c'était, en quelque sorte, par politesse et par déférence à l'égard de notre honorable confrère. Du reste, cela ne tirait pas à conséquence, puisque le *statu quo* devait être rigoureusement maintenu.

Mais les temps ont changé: l'idée a grandi, et, bon gré mal gré, la question des Syndicats s'impose aujourd'hui. Energiquement soutenue par notre confrère, le Dr Lasalle, *Président du Syndicat suburbain de l'arrondissement de Bordeaux*, elle a pourtant failli être étouffée, une fois de plus, par l'ordre du jour pur et simple présenté par le Bureau; mais, grâce à l'infatigable ardeur de notre confrère, il n'en a pas été ainsi. La question doit être étudiée par une Commission désignée séance tenante. Cette prise en considération n'engage pas beaucoup, il est vrai, elle marque néanmoins une tendance, et nous fait espérer que bientôt nous ne trouverons plus, auprès des Sociétés locales, cette hostilité plus ou moins déguisée, — quelquefois parfaitement affirmée du reste, — qui nous a été manifestée jusqu'à ce jour.

Les idées émises, et vaillamment soutenues par le Dr Lasalle, sont, d'ailleurs, celles que nous avons depuis longtemps défendues dans ce journal, nous espérons que les lecteurs du *Concours*, nous sauront gré de leur faire connaître le travail de notre excellent et dévoué confrère.

Le secrétaire de la Commission générale des Syndicats,

Ad. Barat-Dulaurier,
Ex-Interne des hôpitaux de Paris.

Discours du Dr Lasalle (Extraits).

Messieurs,

Il n'est certainement aucun confrère parmi vous qui ne connaisse ce grand mouvement d'association qui a lieu dans tous les départements de la France et pousse les confrères d'une même région à se grouper, à s'unir, à s'organiser, pour la défense des intérêts professionnels.

J'ai suivi cet élan, Messieurs, et j'ai convié, il a quelques jours, mes confrères les plus voisins à la formation d'un Syndicat suburbain.

Tous sans exception, je suis heureux de le proclamer ici, ont répondu à mon appel, et, le 24 janvier dernier, nous constituions définitivement notre Chambre syndicale.

Cet empressement, ces adhésions unanimes de plus de vingt confrères habitant la même région, d'âges différents, vivant isolés les uns des autres et quelques-uns hélas! en état d'hostilité depuis bien des années; cette unanimité, dis-je, me paraît, Messieurs, la plus éloquente démonstration des besoins réels, impérieux, urgents, auxquels répond la création des Syndicats.

Quel est, en effet, le but des Syndicats? Lisez les statuts de tous ceux qui sont déjà formés et vous verrez que tous poursuivent le même but et par des moyens identiques: le relèvement moral et l'amélioration matérielle de la profession médicale.

Ce n'est pas ici, Messieurs, dans une réunion qui compte tant de confrères habitant comme moi la campagne, que je surprendrai personne en affirmant que la situation des médecins ruraux est, en général, absolument déplorable.

Exploités de tous côtés, par le public, l'État, les administrations, la justice, les collectivités, etc.;

Victimes de l'exercice illégal, qui refleurit comme aux plus beaux jours, si bien qu'on pourrait se demander s'il existe réellement des lois sur la matière, les médecins, au lieu d'être unis pour la défense de leurs intérêts, restent la plupart isolés, séparés par l'indifférence, quand ils ne vivent pas dans un état d'hostilité que rien ne justifie, se font une concurrence inepte et dégradante, et sont par conséquent absolument désarmés en face des coalitions et des parasites qui les menacent ou les ruinent.

Aussi, Messieurs, qu'arrive-t-il? C'est qu'après une carrière des plus honorables, mais des plus pénibles, le malheureux médecin est trop souvent surpris par les infirmités ou par la vieillesse dans une situation précaire, heureux encore quand il n'est pas obligé de demander à notre bienfaisante Association un secours à son infortune.

Quel est celui d'entre vous, confrère de la campagne, et je n'en excepte pas même les plus occupés, qui, dans l'état actuel des choses et rien qu'avec les revenus professionnels, peut se flatter d'amasser une dot convenable pour ses enfants ou une retraite honorable pour ses vieux jours?

Quoi d'étonnant, Messieurs? Nous avons assisté à l'élévation croissante du prix de toutes choses; le prix de la vie matérielle a presque doublé depuis vingt ans, tandis que nos tarifs et partant nos revenus sont restés stationnaires.

A propos de tarifs, qu'on ne se méprenne pas sur mes sentiments: je n'entends nullement répudier cet esprit de désintéressement et de charité qui a été jusqu'ici et doit rester éternellement l'honneur du Corps médical; non, Messieurs, avec les Syndicats nous ne marchanderons, pas plus aujourd'hui que par le passé, notre dévouement et nos services aux véritables pauvres.

Mais nous voulons éviter que ce désintéressement soit une duperie; nous voulons empêcher que le plus clair des honoraires que le médecin pourrait prétendre tou-

cher lui soit enlevé pour passer dans la poche des charlatans, rebouteurs, magnétiseurs lucides ou non lucides.

Non, Messieurs, nous ne devons plus tolérer que le même client qui paie sans sourciller 10 francs et souvent davantage la consultation d'un médicastre quelconque, nous marchande les 40 sous que nous lui demanderons pour la nôtre ; qu'il nous refuse 100 sous pour une réduction herniaire difficile, quand il peut payer 25 francs le bandage que nous lui aurons prescrit; qu'enfin le même client trouve naturel, équitable, de payer plus cher le traitement d'une de ses dents que les soins que nous lui aurons donnés pour une affection longue et grave.

J'insiste avec complaisance sur ces abus révoltants, incroyables, parce qu'ils sont de tous les jours et de toutes les régions.

Donc, c'est avant tout le relèvement de nos honoraires que doivent poursuivre énergiquement les Chambres syndicales, de façon à nous obtenir une rémunération suffisante, équitable, en harmonie avec notre travail, nos services, et avec les besoins de l'époque.

D'ailleurs, n'oublions pas, Messieurs, que l'avilissement des honoraires entraîne fatalement la déconsideration du médecin.

Une autre plaie non moins grave de la profession et que les Syndicats seuls pourront faire disparaître, c'est l'état d'asservissement honteux dans lequel trop de médecins sont depuis longtemps tenus par les Administrations en général et les Sociétés de secours mutuels en particulier. Je crois inutile d'insister ici sur une situation connue de vous tous, Messieurs ; mais je ne puis m'empêcher de citer un fait tout récent et qui témoigne hautement de cette dépendance humiliante dans laquelle on prétend nous tenir.

Beaucoup d'entre vous connaissent sans doute l'incident arrivé dernièrement à l'un de nos collègues les plus justement estimés, à notre excellent confrère de B..., qui, pour n'avoir pas voulu subir complètement les exigences nouvelles des Sociétés de secours mutuels de sa commune, a été brutalement cassé aux gages, et se voit aujourd'hui menacé dans sa situation par ces Societés despotiques, qui demandent à tous les échos un nouveau médecin, pour supplanter le confrère dépossédé.

Permettez-moi, messieurs, de m'arrêter ici quelques instants pour feliciter chaleureusement notre sympathique collègue, M. Saint-Philippe, qui a défendu avec son talent de plume habituel, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, la situation de notre confrère; et je suis sûr, messieurs, de répondre aux sentiments unanimes de cette Assemblée, en rendant un public hommage à notre vaillant Secrétaire, qui tient le drapeau professionnel dans la presse médicale avec cette distinction et cette dignité que nous ne saurions trop apprécier.

Eh bien! messieurs, j'estime que de pareils faits ne se produiraient pas, que cet état d'asservissement deplorable n'existerait pas, si les médecins étaient protegés par des Chambres syndicales.

Les syndicats auront encore à poursuivre d'autres revendications moins urgentes, mais non moins légitimes : la réforme de la médecine judiciaire, la répression des envahissements toujours plus audacieux de l'exercice illégal, etc.

Mais, messieurs, pour obtenir ces résultats si éminemment désirables, il est indispensable que notre esprit d'union et de solidarité ne soit plus un vain mot. Il faut que tous les médecins d'une même région se rapprochent, se groupent et s'organisent; pour que l'action des syndicats soit réellement féconde et irrésistible, il faut qu'il n'y ait pas de dissidents au dehors. Nous supplions donc tous les confrères qui sont comme nous convaincus de l'utilité des syndicats, de devenir apôtres et de propager autour d'eux la bonne nouvelle. Mais nous adjurons aussi nos confrères les plus autorisés par leur grande situation médicale ou par le rang qu'ils occupent dans l'Association générale des médecins de France, de ne pas entraver notre œuvre, mais de nous aider au contraire de leur influence à ramener les indifférents, les égarés, les indécis, les irréguliers.

J'ai entendu, messieurs, quelques confrères prêter à certains hauts dignitaires de l'Association des sentiments peu bienveillants à l'égard des syndicats. Je ne sais ce qu'il faut penser exactement au sujet de ces assertions. J'aime à croire qu'elles ne sont pas fondées; mais elles m'amènent à répondre aux deux principales objections formulées contre l'institution que nous avons l'honneur de défendre devant vous.

La première objection est basée sur l'établissement d'un tarif d'honoraires et d'un Code de déontologie que les membres syndiqués doivent s'engager d'honneur à observer.

Certains confrères voient dans cette réglementation une atteinte à la liberté, à l'indépendance, à la dignité dont le corps médical est si justement fier.

Mais, chers confrères, de quelle liberté entendez-vous parler? De celle qui, dans l'état actuel des choses, vous permet de traîner une existence précaire et humiliée?

Singulière indépendance, en vérité, que celle qu'un vulgaire gendarme peut déplacer à son gré et qui est réduite à subir à tout instant les caprices ou les exigences d'un client despote et souvent grossier.

Etrange fierté, *messieurs, qui ne peut se plier à des* lois bien légères et librement consenties dans l'intérêt de tous, mais qui s'accommode de l'asservissement honteux que lui impose un état de choses déplorable.

Et d'ailleurs, les notaires et les avoués n'ont-ils pas une Chambre et un Syndic; les avocats un Ordre et un Bâtonnier? Et ces messieurs ont-ils jamais pensé que de ce fait leur dignité fût menacée, ni leur indépendance amoindrie?

La deuxième objection, messieurs, est inspirée par des scrupules d'un autre genre : certains confrères considèrent les syndicats comme une superfétation de l'Association générale et partant contestent leur utilité; d'autres découvrent une rivalité, un antagonisme dangereux, menaçant, pour l'avenir de notre vénérable Société.

Ces deux interprétations sont également erronées.

Et d'abord, l'Association générale, avant tout Société de bienfaisance et de moralisation, ne peut s'occuper des mille détails de la pratique médicale, des questions si multiples d'intérêt professionnel qui forment précisément le programme des Chambres syndicales.

A elle donc (l'Association) l'œuvre de prévoyance charitable et de protection du corps entier; à elle la discussion des questions délicates de déontologie; à elle la défense de l'honneur professionnel, dont elle restera toujours la gardienne vigilante.

Aux syndicats, au contraire, la solution des questions de pratique journalière et des moyens d'action appropriés à chaque région. Sociétés essentiellement militantes, ces derniers doivent compléter l'œuvre de l'Associa-

tion en soutenant le praticien dans les luttes qu'il a chaque jour à livrer dans l'exercice de son art.

En terminant, messieurs, ces trop longues réflexions, je ne puis m'empêcher de rappeler que la loi sur les syndicats, déjà votée par la Chambre, admise en principe par le Sénat, est sur le point d'être promulguée, et vous n'ignorez pas, messieurs, quels immenses avantages ces Associations vont en retirer. C'est l'étude de ces avantages qui a inspiré au professeur Diday, de Lyon, ces énergiques paroles: « Il ne mériterait plus le nom de confrère le médecin qui, volontairement, resterait en dehors de l'alliance que la nouvelle loi nous convie à fonder pour le bien public, non moins que pour la défense de nos droits. »

Méditez ces paroles de l'éminent confrère de Lyon, consacrez quelques instants à l'examen sérieux et impartial de l'œuvre des Syndicats, et j'espère, messieurs, que, partageant bientôt les convictions qui m'animent, vous saluerez comme moi de vos vœux le jour, prochain peut-être, où tous les membres de la grande famille médicale marcheront unis sous le même drapeau avec ces trois mots pour devise : Dévouement, Confraternité, Justice.

II

SYNDICAT DE LA CHATRE.

Monsieur le Directeur,

Enfin, j'ai le plaisir de vous annoncer que nous sommes parvenus à constituer *un syndicat de la région médicale de la Châtre.*

Président : docteur PESTEL, de Saint-Chartier. *Secrétaire-Trésorier :* docteur CHABENET, de la Châtre.

Commissaires : Dr PISSAVY, de la Châtre; Dr FAUCHIER, de la Châtre; Dr AUSSOURD, de la Châtre ; Dr SALUTRINSKI, de Saint-Sevère.

Dès que les statuts seront imprimés, ainsi que le tarif je vous en adresserai un exemplaire.

Nous avons eu quelque peine à faire accepter l'idée d'un *syndicat* par quelques confrères, et, si nous avons réussi, je dois reconnaître que c'est à notre cher *Concours* que nous le devrons.

Agréez, etc., Dr G. RONDAUX, (*d'Aigurande, Indre*).

NOUVELLES

UN MÉDECIN TRADUIT EN COUR D'ASSISES ET RECONNU INNOCENT. — Un officier de santé de Lille, M. Labanhie, était, il y a quelques jours, traduit en cour d'assises, accusé d'un vol de 40,000 fr., accompli dans des circonstances dramatiques.

M. Labanhie aurait administré à un de ses clients, M. B., un « breuvage narcotique » et, pendant l'effet produit, il aurait, de complicité avec la gouvernante de la maison, véritable maîtresse du logis, la femme Verdez, ouvert le coffre-fort et soustrait quarante billets de mille francs.

Arrêtés l'un et l'autre, la femme Verdez reconnaît sa culpabilité et affirme avoir été entraînée par M. Labanhie à commettre le vol; le médecin, de son côté, proteste énergiquement contre cette accusation. Il a été acquitté, tandis que sa prétendue complice a été condamnée à dix-huit mois de prison.

La condamnation une fois prononcée, la femme Verdez a avoué avoir calomnié M. Labanhie, dont le passé, du reste, est irréprochable et qui jouit dans le pays de l'estime de tous ceux qui le connaissent. La foule l'a acclamé à sa sortie du palais de justice, mais elle a failli faire un mauvais parti au volé, considéré, paraîtrait-il, à Lille comme étant un usurier.

BIBLIOGRAPHIE

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE,
PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN, A PARIS.

Encyclopédie internationale de chirurgie, publiée sous la direction du docteur John Ashhurst et illustrée de figures intercalées dans le texte. Ouvrage précédé d'une introduction par L. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital de la Charité, Membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de médecine.

6 volumes grand in-8, de chacun 800 pages à deux colonnes, avec environ 2000 figures. Chaque volume se composera de 5 fascicules de 169 pages chacun. Prix de chaque fascicule : 3 fr. 50. On ne paye rien d'avance.

Au moment où nous allons terminer le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, que nous avons commencé, il y a vingt ans, sous la direction de M. le professeur JACCOUD, nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à publier un Traité méthodique qui, au lieu de présenter l'exposé de la science dans un ordre alphabétique facile à consulter, sans doute, mais avec un morcellement inévitable, rapprochât les sujets et permît d'étudier les questions avec ensemble, sous une forme condensée.

Pour la rédaction de l'*Encyclopédie internationale de Chirurgie*, il a été fait appel au concours des savants et des praticiens les plus autorisés des Universités des deux mondes.

Sommaire des matières contenues dans le tome Ier, 1 vol. in-8, XVI-764 p. avec 99 fig.

I. — Pathologie chirurgicale générale

Troubles de la nutrition, pathologie de l'inflammation, par S. STRICKER, professeur à l'Université de Vienne.
Inflammation, par William H. VAN BUREN, professeur au collège médical de l'hôpital de Bellevue, de New-York.
États généraux et traumatisme, par A. VERNEUIL, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.
Shock et Embolie graisseuse, par C.-W. MANSELL MOULIN, chirurgien du London Hospital, Londres, etc.

II. — Maladies chirurgicales infectieuses et virulentes.

Érysipèle, par Alfred STILLÉ, professeur à l'Université de Pennsylvanie, Philadelphie.
Septicémie, par Maurice JEANNEL, lauréat de la Société de Chirurgie de Paris.
Pourriture d'hôpital, par Maurice JEANNEL.
Blennorrhagie, par M. le Dr WILLIAM WHITE, professeur à l'Université de Pennsylvanie.
Ulcère simple vénérien ou chancroïde, par F.-R. STURGIS, professeur à l'Université de New-York.
Syphilis, par A. VAN HARLINGEN, chef de clinique à l'hôpital de l'Université de Pennsylvanie, Philadelphie.
Bubon d'emblée, Végétations, Pseudo-syphilis, Maladies vénériennes des animaux, par H.-R. WHARTON, démonstrateur à l'Université de Pennsylvanie, Philadelphie.
Plaies empoisonnées, par John PACKARD, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph à Philadelphie, etc.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

24 Mars 1883 — Organe officiel des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — No 12

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Bouley* est, comme on le sait, un partisan convaincu et enthousiaste des doctrines microbiennes ; aussi n'a-t-il pu supporter en silence les sarcasmes dont M. Peter et les cliniciens ont poursuivi la *Chimiatrie* moderne. Il vient donc, aujourd'hui, célébrer en termes pompeux les voies nouvelles que la microbiologie a ouvertes à la pathologie. Avec lui, rendons hommage à la mémoire de Davaine qui a été le précurseur de ces théores nouvelles par la découverte de la bactéridie charbonneuse ; rendons hommage aux travaux de M. Pasteur et de M. Chauveau ; mais avec MM. Peter, Jaccoud et beaucoup d'autres, restons médecins, et n'oublions pas que nous avons affaire à des hommes et non à des animaux en expérience. Quand les partisans des théories parasitaires nous auront démontré que certaines maladies sont *uniquement* dues à la présence des microbes et que, dans ces cas, le microbe est toute la maladie ; quand, enfin, ils nous auront fourni les moyens pratiques de tuer le microbe en respectant le malade, c'est alors seulement que ces doctrines pourront passer du laboratoire à l'hôpital, et que le médecin, lui aussi, cherchera le microbe. Jusque là, quoi qu'en dise M. Bouley, *le règne de la microbie* ne sera pas encore arrivé pour nous.

Ce n'est pas à dire que nous devions tenir pour non avenues les belles recherches de MM. Davaine, Pasteur et Chauveau ; mais le résultat que ces savants ont atteint, au moins en pratique, doit être considéré comme beaucoup plus important pour la solution des questions générales d'hygiène et de prophylaxie des maladies virulentes, que pour celle des questions particulières de la pathologie et de la thérapeutique ; et nous sommes les premiers à reconnaître que ce n'est pas un mince résultat.

Pour notre compte, s'il faut dire notre avis personnel, nous croyons que le rôle du microbe en pathologie n'est pas encore parfaitement connu. Nous n'en voulons pas chercher aujourd'hui d'autre argument que la curieuse communication que MM. *Olivier* et *Richet* ont lue dernièrement à l'Académie des Sciences et qui résume les recherches que ces savants ont faites sur cent cinquante poissons d'espèce et de genre différents, sur les bords de la Méditerranée et de la Manche. Contrairement à ce qui est admis pour les autres vertébrés, il existerait des microbes dans le sang et la lymphe des poissons, et cet état de parasitisme serait normal dans cette classe de vertébrés ! L'étude microscopique et les expériences de culture, auxquelles se sont livrés ces deux observateurs, sembleraient bien établir la réalité du fait. Ces microbes appartiennent au genre *Bacillus*. — Voilà qui n'est point fait pour nous réconcilier avec les théories microbiennes : si les microbes sont partout, c'est comme s'ils n'étaient nulle part !

ÉLECTION. — M. Féréol est élu membre titulaire de l'Académie de médecine dans la section de Thérapeutique et d'Histoire naturelle médicale.

Dr J. GEOFFROY.

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE SUR LES MALADIES DU TESTICULE LEUR DIAGNOSTIC ET LEUR TRAITEMENT.

(*Suite* (*1*)

Nous avons, dans notre dernier article, commencé l'étude des tumeurs liquides qui siègent dans la tunique vaginale et insisté assez longuement sur l'hydrocèle. Rappelons un caractère essentiel de cette affection, la transparence habituelle de la tumeur et ordinairement la facilité avec lequelle on détermine la situation du testicule. Au contraire, avons-nous dit, une tumeur liquide plus ou moins fluctuante, mais non transparente, sera une hématocèle.

De l'Hématocèle vaginale.

Comme son nom l'indique, c'est une tumeur sanguine contenue dans la tunique vaginale. Disons toutefois que l'on a signalé quelques cas très rares d'*hématocèle enkystée du testicule*, résultant d'un épanchement sanguin des kystes spermatiques. Leur histoire se confond avec celle de ces kystes ; leurs signes sont identiques et le diagnostic est presque impossible avant la ponction.

Si l'hydrocèle vaginale est une affection fréquente et facile à reconnaître, on ne peut en dire autant de l'hématocèle, c'est une maladie relativement peu commune, dont le diagnostic est souvent entouré des plus grandes difficultés. Nous avons eu l'occasion de recueillir quatre observations d'hématocèle viginale dont les détails concordent absolument avec les descriptions classiques. Mais, avant de les relater, il est nécessaire de jeter un coup d'œil sur l'histoire de l'hématocèle.

C'est une affection de l'adulte et du vieillard ; elle est très rare avant 30 ou 35 ans : les quatre malades qui nous ont fourni nos observations ont 42, 48, 57 et 70 ans.

Longtemps on a attribué au traumatisme seul, contusions, piqûres des bourses, l'origine de ces tumeurs sanguines, mais les observateurs finirent par remarquer que, dans nombre de cas, on ne pouvait trouver aucune relation de succession immédiate entre le traumatisme et l'apparition de la tumeur ; qu'il était, au contraire, fréquent d'observer tout d'abord les signes d'une hydrocèle. Ernest Cloquet, le premier, différencia bien les deux variétés d'hématocèle dans un travail un peu oublié maintenant (2). Plus tard, le Professeur Gosselin établit d'une façon définitive et magistrale l'origine de l'hématocèle non traumatique, et créa le nom de *hydro-hématocèle.* (1) On doit donc distinguer deux formes étiologiques d'hématocèle, la traumatique et la consécutive à l'hydrocèle.

On a admis très facilement au début l'hématocèle traumatique franche. Il est démontré, toutefois, que l'épanchement sanguin dans la tunique vaginale, à la suite d'un coup, est fort rare, surtout lorsque cette membrane est parfaitement intacte dans sa structure. L'hématocèle traumatique, quand il n'existe, au préalable, aucune altération de la vaginale, est le plus souvent une hématocèle pariétale, un épanchement de sang dans les couches lamelleuses du scrotum, pouvant former une tumeur d'abord dure, puis molle, circonscrite, mais toujours accompagnée d'une vaste ecchymose des bourses et du périnée. La tumeur est pariétale, *fait corps avec les parois des bourses*, c'est *l'hématocèle par infiltration* de Velpeau. Pour ne pas y revenir, disons de suite quelque mots sur cette affection. Consécutive à des coups de pied dans les bourses, à des tractions, à des pressions violentss, elle peut former parfois une tumeur volumineuse. Velpeau rapporte l'observation d'un cas où le scrotum avait le volume d'une tête d'adulte. D'autant plus douleureuse qu'elle est plus tendue et plus considérable, l'hématocèle pariétale se reconnait aux signes que nous avons donnés plus haut, Elle réclame le repos au lit, la situation des bourses dans une position déclive, obtenue en les soulevant au moyen d'un coussin ou d'une planchette échancrée et bien garnie d'ouate. Quelquefois les malades continuent de marcher et de travailler, et l'épanchement sanguin s'enflamme : il se forme un vaste phlegmon des bourses qui nécessite de larges incisions, et qui peut faire courir au malade les plus grands dangers.

Quelquefois le traumatisme très violent des bourses peut, en même temps, produire un épanchement de sang en dedans et en dehors de la tunique vaginale, mais toujours les phénomènes de l'épanchement pariétale sont les plus importants.

Dans la grande majorité des cas, l'hématocèle est liée à une altération préalable de la vaginale et en particulier à l'hydrocèle. Comme l'ont si bien établi Velpeau (2) et Gosselin, toutes ces hydrocèles rapportées par les anciens auteurs, contenant des liquides rouges, brun, roux, chocolat, lie-de-vin, plus ou moins épais, doivent être rangées dans la classe des hématocèles ou hydro-hématocèles. C'est par une transformation évolutive que la nature de l'affection que l'on a sous les yeux n'est plus identique à celle qui l'a précédée.

Toutefois il faut reconnaître deux mécanismes dans cette transformation : le traumatisme et l'inflammation néo-membraneuse.

Percival Pott avait, un des premiers, fait remarquer que, lorsque la tunique vaginale a été

(2) Voir : Concours médical 1883, nº 6 p. 64.

Ernest Cloquet. — *Différence entre l'hématocèle traumatique et l'hématocèle spontanée.* Th. Paris 1846.

(1) Gosselin. *Archives générales de médecine, 4e série*, T. XXIX.

(2) Velpeau. — Leçons orales de Clinique Chirurgicale, T. II. p. 371 et suiv.

longtemps distendue par de la sérosité, les vaisseaux sanguins deviennent variqueux et font saillie à la surface interne de cette membrane. Dans ces conditions, une contusion, même légère, peut produire la rupture d'un de ces vaisseaux dont le sang s'épanche dans la vaginale, et se mêle au liquide de l'hydrocèle. On a de même rapporté de nombreux faits dans lesquels le trocart, introduit dans la vaginale pour évacuer un hydrocèle, a déchiré un vaisseau variqueux ou non, d'où encore épanchement sanguin dans la vaginale. Tels sont les modes de transformation par traumatisme, ou mieux, par *déchirure vasculaire :* les caractères du liquide sont alors modifiés immédiatement après l'action du traumatisme.

Mais, dans un très grand nombre de faits, on ne peut remonter à cette cause, un sujet, qui a eu une hydrocèle constatée à un moment donné, quelque fois ponctionnée plusieurs fois présente une hématocèle. Il a vu sa tumeur s'accroître peu à peu; il a eu, à la suite d'exercices prolongés ou fatigants, marche, équitation, des poussées douloureuses dans les bourses; chaque poussée s'est accompagnée d'une augmentation de volume plus ou moins considérable. Que s'est-il passé? Sous l'influence de diverses causes, la tunique vaginale, irritée et par l'existence d'une hydrocèle, et aussi peut-être par l'action des ponctions et des injections irritantes, s'est chroniquement enflammée; Des membranes fibrineuses se sont déposées à sa surface; des vaisseaux fragiles se sont produits dans ces membranes et ont été la source du sang qui est venu se mêler à l'épanchement et modifier sa couleur. Plus le processus d'inflammation néomembraneuse, de pachy-vaginalite durera longtemps, plus la néo-membraneuse sera épaisse. Et, comme les bourses sont toujours mobiles et exposées aux contusions, on verra souvent se produire, dans la cavité, des épanchements sanguins qui viendront augmenter la consistance du liquide de l'hématocèle et le volume de la tumeur, amenant ces périodes douloureuses de distension et de gonflement dont nous avons parlé. Ne voyons-nous pas là le même processus que dans les pleurésies, les péritonites, les méningites néomembraneuses hémorrhagiques?

La grosse hématocèle, à paroi épaisse, n'est donc que le terme ultime de la pachy-vaginalite. Ce liquide, de consistance et couleur variables, présente des propriétés spéciales comme tous les épanchements sanguins. On sait que, sous l'influence des irritations, ils peuvent s'enflammer, suppurer et devenir la source de graves complications. Nous en verrons un exemple dans les observations que nous croyons intéressant de rapporter ici. Ces observations sont toutes des hydro-hématocèles, ou même des pachy-vaginalites hémorrhagiques.

Observation i

Le 25 mars 1878, nous voyons un homme âgé de cinquante-sept ans, journalier, qui portait, dans le côté gauche des bourses, une tumeur volumineuse, ayant déplissé le scrotum et la peau de la verge.

Tendue et gonflée, le soir, elle était manifestement fluctuante à la palpation. La paroi était résistante sur certains points; en avant et en haut, on trouvait une bosselure plus molle, unie, et qui semblait due à une éraillure de la paroi kystique.

La tumeur était ovoïde, à petite extrémité inférieure; le testicule que l'on pouvait reconnaître, en suivant le cordon, était situé en arrière, à peu près au milieu de la tumeur, en hauteur. Transparence absolument nulle dans tous les points de la tumeur. L'histoire du malade confirmait le diagnostic posé d'après l'examen. Il n'avait jamais eu de maladie vénérienne; trois fois il avait souffert d'attaques de rhumatisme articulaire. Il y a quatre ans, il remarqua que ses bourses gonflaient peu à peu, et, deux ans après, on lui retirait, par une ponction, un liquide clair et transparent. On ne fit pas ensuite d'injection iodée. Pendant quatre mois, le liquide ne reparut pas; puis le gonflement recommença, s'accompagnant de picotements et de petites poussée douloureuses, quand il se fatiguait par des travaux plus prolongés.

Le 2 Avril, on pratiqua une ponction qui donna issue à du liquide brun, et qui fut immédiatement suivie d'une incision de 6 à 8 centimètres. Il s'écoula une quantité considérable de liquide brun, analogue à du marc de café très fin (400 à 450 gr.).

On put alors constater que la tunique vaginale était notablement épaissie, et qu'elle était tapissée par une néomembrane peu épaisse, hérissée, du côté de la cavité, de petites franges formant des villosités brunâtres. Cette membrane fut grattée et enlevée avec la spatule et on vit alors que le testicule, non atrophié, occupait la place qu'on avait déterminée par l'examen.

Observation ii

Un homme de quarante-huit ans, toujours bien portant, sans *rhumatismes antérieurs, ni maladies vénériennes*; marbrier de son état, il fatigue beaucoup, travaille toujours debout et ne s'asseoit que pour prendre ses repas. Il y a un an, il fut opéré, en province, d'une hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche, qui s'était développée rapidement dans l'espace d'un mois environ, et qui avait le volume du poing. La ponction évacua un liquide limpide, de la couleur de l'urine normale; on injecta de l'alcool dans la poche. Cette opération fut suivie d'un mouvement inflammatoire assez intense et, bien que la tumeur eût notablement diminué, quand le malade reprit son travail, elle ne tarda pas à reprendre son volume primitif. Depuis dix mois, ce volume s'est accru peu à peu d'une façon régulière, sans poussées. De temps en temps, spontanément, ou à la suite de fatigues plus fortes (il a toujours continué le métier de marbrier), il éprouve des douleurs avec des picotements et une sensation de plénitude particulière. La tumeur a le volume d'un fort poing, elle est pesante, et occupe le côté gauche des bourses, n'adhère pas à la peau. La paroi paraît épaisse, résistante mais uniforme; elle est molle et fluctuante dans la profondeur. On trouve la douleur testiculaire, en suivant le cordon, en avant et en bas de la tumeur; le testicule semble enchatonné dans la paroi. Pas de transparence.

Une incision de 6 centimètres est pratiquée le long de la partie latérale externe, au point le plus déclive de la tumeur; il en sort environ 200 à 300 grammes de liquide épais, granuleux, brun-chocolat. La tunique vaginale est tapissée par une couche fibroïde, d'un blanc jaune ou rougeâtre, brune et tomenteuse à sa face interne, très adhérente par sa face externe à la tunique vaginale, et ayant une

épaisseur de 8 à 10 mm. au moins. On pratique la décortication de cette membrane épaisse, mais on a soin de laisser sur le testicule, dont le volume paraît normal, une plaque oblongue de 4 à 5 centimètres de longueur sur 2 à 3 de largeur, sur laquelle on se contente de gratter les fausses membranes, les plus molles.

OBSERVATION III

Homme de quarante-deux ans, vigoureux, journalier de son état. Il y a deux ans, sans cause connue, il remarqua que le côté droit du scrotum se tuméfiait notablement, mais petit à petit.

Il n a jamais subi aucun traitement et s'est contenté de porter un suspensoir. Il y a trois jours, dans la nuit, la tumeur a commencé à prendre un accroissement considérable ; dans la journée qui a suivi, elle est devenue trois fois plus grosse qu'auparavant, chaude et douloureuse. Elle est allongée, ovoïde, à grosse extrémité tournée en bas ; la peau du scrotum est rouge et un peu œdémateuse.

La tumeur a le volume d'une tête de fœtus de huit mois, elle n'est pas tranparente : Complètement mate à la percussion, elle présente une surface à larges bosselures ; on ne peut, en aucun point, distinguer la position du testicule ; la fluctuation est très obscure.

Le diagnostic fut longtemps hésitant, nous pensions à une hématocèle, vu la marche de la maladie ; d'autres à un sarcocèle du testicule, dans lequel se serait fait un foyer hémorrhagique abondant. Le lendemain, le malade fut chloroformé et une incision fut pratiquée sur le partie antérieure de la tumeur.

Le bistouri, qui avait traversé une paroi œdémateuse d'un centimètre environ, tombe dans un foyer rempli de sang, en partie liquide et en partie coagulé en caillots d'un rouge brun. Après évacuation du foyer, on décortique une membrane épaisse de six à huit millimètres. Le testicule étant aplati et atrophié dans la paroi, on place sur le cordon une double ligature et on enlève le tout.

OBSERVATION IV.

En décembre 1882, entrait, à la clinique chirurgicale de M. le professeur Trélat, un vieillard âgé de soixante quinze ans, misérable et affaibli. En 1875, une tuméfaction s'était montrée dans le côté droit du scrotum ; elle a augmenté petit à petit ; depuis quelques jours, elle est devenue douloureuse, le malade a de la fièvre et il est très fatigué.

Tumeur volumineuse de quatorze centimètres de longueur, sur douze de largeur ; peau immobile, adhérente et violacée, enflammée par des applications de teinture d'iode faites en ville. C'est une masse régulière, sans noyaux, dans laquelle on ne peut distinguer ni l'épididyme, ni le testicule ; elle est obscurément fluctuante dans la profondeur. Le cordon est souple ; vu cette souplesse du cordon, vu la marche progressive de la tumeur, sans signe d'altération générale, après sept ans d'existence, le professeur Trélat porte le diagnostic d'hématocèle atteinte de suppuration.

Le lendemain, la tumeur s'ouvrait spontanément et laissait couler un pus brunâtre ; la poche fut alors divisée, on pratiqua le grattage et des lavages antiseptiques. Néanmoins, deux jours après, le malade mourait emporté par l'infection purulente.

L'examen de nos quatre observations permet, ce nous semble, de grouper en quelques lignes les grands traits de l'histoire de la maladie qui nous occupe. Deux de nos malades sont des types de ce que le professeur Gosselin a étudié sous le nom d'*hydro-hématocèle* ; chez l'un, l'hématocèle a débuté quatre mois après une opération d'hydrocèle, non suivie d'injection modificatrice, le second avait été opéré d'un hydrocèle à développement très rapide ; on avait fait une injection d'alcool, mais jamais l'épanchement inflammatoire consécutif ne s'était résorbé tout à fait. Les deux autres ont présenté le type de la *vaginalite chronique pseudo-membraneuse.*

Nous avons pu voir l'état de ces diverses hématocèles à différentes périodes. Le premier malade portait sa tumeur depuis dix-huit mois, et peut-être l'épanchement de sang était-il même plus récent ; chez le second, nous trouvons une durée d'un an ; deux ans chez le troisième ; sept ans chez le dernier. Cette durée est d'une importance considérable pour le diagnostic différentiel de l'affection.

La comparaison de ces quatre tumeurs ne laisse pas d'être instructive. Toutes étaient volumineuses, et deux avaient presque les dimensions de têtes de fœtus à terme. Elles avaient bien la pesanteur caractéristique à la palpation, signalée par Velpeau et Nélaton. Aucune n'était transparente. Leur surface était régulière, sur trois de nos malades ; sur l'autre, elle présentait des bosselures. La fluctuation, très évidente dans les deux premiers cas, était obscure dans les derniers et très profondes.

Deux fois nous avons signalé l'épaississement et l'immobilité de la peau ; cette modification s'étendait à toute l'étendue de la tumeur et, non seulement en un ou plusieurs points circonscrits, comme on le voit dans les tumeurs malignes. Chez deux malades, on pouvait, guidé par le cordon, sentir nettement le testicule ; chez les autres, l'épaisseur de la paroi ne permettait pas de percevoir nettement sa présence. Mais, dans tous nos cas, — fait de la plus haute importance, — le canal déférent était facile à distinguer et ne présentait aucune tuméfaction.

Tous nos malades ont nettement accusé des poussées douloureuses à retour plus ou moins fréquent.

Dans trois observations, la tumeur s'est accrue peu à peu, d'une façon lente et progressive ; chez le sujet de la troisième observation, au contraire, nous le voyons acquérir tout à coup une augmentation considérable du volume. Cette poussée aurait probablement amené une inflammation suppurative si le foyer n'avait pas été ouvert à temps. Nous avons vu un exemple funeste de cette suppuration spontanée sur notre quatrième sujet qui était affaibli d'ailleurs par la misère et les privations.

Comme on a pu en juger, le diagnostic n'est pas toujours facile. Très simple, quand on est en présence d'un malade qui vous raconte nettement l'histoire d'un hydrocèle anciennement existant et que l'on constate la fluctuation et l'opacité de la tumeur, il est au contraire des plus difficiles,

quand la nature de la lésion première n'a pas été constatée. On trouverait, dans les auteurs, de nombreux exemples de cas où les meilleurs cliniciens se sont égarés dans leur diagnostic et ont pris une hématocèle pour une tumeur maligne et réciproquement. La ressemblance est en effet très remarquable dans quelques cas, surtout quand le testicule est introuvable, quand la fluctuation est obscure. Nous croyons toutefois qu'on peut baser son opinion sur ces quatre grands points :

a. — La tumeur a une marche progressive, mais lente, bien que quelquefois avec des poussées.

b. — Elle est régulière, volumineuse, plus ou moins fluctuante, mais sans adhérence destructive de la peau.

c. — Le canal déférent est nettement distinct et il n'est ni tuméfié ni bosselé.

d. — L'état général ne présente aucune altération attribuable à la marche de la tumeur.

On a pu se rendre compte, par les faits que nous avons relatés, de la marche ascendante des lésions anatomiques. Dans le premier cas, il n'y avait qu'une mince couche fibrineuse et un liquide brunâtre, mais peu consistant. La seconde tumeur contenait un liquide grumeleux de l'aspect du chocolat épais, de date évidemment plus ancienne que le précédent. Le troisième sujet nous a offert un mélange de caillots sanguins et de détritus brunâtres moins récents : c'est, on se le rappelle, celui qui avait eu une poussée d'accroissement très rapide. Enfin, le vieillard de soixante-dix ans a présenté un épanchement subissant la transformation purulente. Tous ces degrés rapppellent d'une façon frappante ce que Velpeau avait si bien exposé dans ses leçons cliniques.

Nous avons, dans chaque opération, noté l'état du testicule, deux fois il nous a paru de volume et de consistance normale, une fois il était aminci, atrophié et tellement modifié, qu'on pensa que son ablation avec la poche hématique ne porterait aucun préjudice au malade.

Le TRAITEMENT de l'hématocèle vaginale ne présente point de notables difficultés au point de vue du choix des interventions. Cependant deux cas peuvent se présenter, ou bien on sera en présence d'un épanchement d'hydrocèle très liquide, simplement coloré par une hémorrhagie récente et renfermé dans une tunique vaginale non épaissie; ou bien on aura une hématocèle à paroi épaisse, fibrineuse, contenant un liquide grumeleux, difficile à évacuer.

Dans les deux cas, on peut faire d'abord une *ponction exploratrice*, mais elle ne doit être employée que pour constater la nature du liquide ou pour confirmer le diagnostic au moment même ou l'on va faire la cure de la tumeur. La ponction, il faut se le rappeler, est un *jeu dangereux* qui ne doit pas être employé à la légère, mais dont l'application doit toujours se confondre avec le premier temps d'une opération définitive.

Les hydro-hématocèles, sans épaisissement de la vaginale, sont souvent justifiables de la *ponction suivie de l'injection d'un liquide modificateur*, alcool ou teinture d'iode. Mais l'injection ne doit pas être faite avant d'avoir pratiqué le lavage de la poche au moyen d'un liquide antiseptique. Nous pensons même que les injections modificatrices seraient avantageusement faites, soit avec la solution concentrée d'acide phénique formulée à propos du traitement de l'hydrocèle, soit avec une solution de chlorure de zinc à 8 0/0. Toutefois, si après l'injection il survient des phénomènes inflammatoires, avec menace de suppuration, on aura soin d'élever les bourses, d'y appliquer des topiques antiphlogistiques et même de faire une large incision libératrice.

Divers procédés ont été proposés pour la CURE DE L'HÉMATOCÈLE à paroi épaisse. Quelques chirurgiens, Boyer, par exemple, et Denonvilliers, ont pratiqué la *castration*; nous avons vu que le testicule n'était pas toujours altéré : le fut-il même par la présence de la tumeur, il n'y a aucun danger de le laisser à sa place; le procédé nous semble, comme à beaucoup, un peu trop radical.

On a proposé aussi le *séton*, mais très souvent ce procédé a amené une suppuration profuse, dangereuse; on doit le rejeter, car, loin d'assurer une guérison rapide, il expose le patient à plusieurs complications qui ont causé la perte de nombreux malades. Il faut bien se rappeler, en effet, que l'hématocèle est comme tous les épanchements sanguins anciens, une sorte de *noli me tangere*; l'irritation même minime du foyer, peut entraîner les plus graves complications; il ne faut pas de demi-mesure : si on attaque l'épanchement, il faut en finir en une fois. *L'incision simple* qui permettait l'évacuation complète du foyer, suivie d'un pansement à *plat*, a *donné de bons résultats*, et est déjà bien préférable au séton.

Mais M. Gosselin, a vulgarisé un autre procédé qui nous paraît convenir le mieux au traitement de l'hématocèle, nous voulons parler de la *décortication*. Elle consiste à enlever, par le grattage et la dissection, toute l'épaisseur des couches fibrineuses qui limitent la cavité. On aura soin de ménager le testicule et les éléments du cordon, comme nous l'avons signalé dans une de nos observations. La décortication bien faite, laisse une surface régulière, saignante, qui est celle de la tunique vaginale, elle enlève donc complètement les parties solides et liquides de l'hématocèle. On procède ensuite au pansement qui peut varier. Dans nos trois premières observations, on a fait le tamponnement de la poche avec de la charpie imbibée d'alcool camphré. Une vive réaction inflammatoire se reproduisit, mais la température ne monta pas au-dessus de 39°, la suppuration fut abondante, et nous fûmes frappés de la rapidité avec laquelle la poche se retracta, si bien que nos trois malades ont été guéris en vingt, vingt-cinq et vingt-huit jours. Il est facile de comprendre que suivant les préférences, ce pansement à plat, qui doit être accompagné de fréquentes irrigations de la poche de suppuration, peut être fait avec tous les liquides antiseptiques possibles.

Néanmoins, il ne faut pas nier que cette suppuration puisse avoir des inconvénients par son abondance et par le passage qu'elle ouvre aux

complications. Aussi, dans ces derniers temps, on a combiné la décortication avec le drainage et la suture de la poche qui doit être profonde et superficielle; dans beaucoup de cas, on a pu obtenir sinon une réunion tout à fait complète, du moins une diminution rapide et notable de la suppuration dans sa quantité et dans sa durée.

Nous avons fini l'étude des deux grandes variétés des tumeurs liquides du testicule: jusqu'ici, nous nous sommes efforcé de faire ressortir la liaison qui existe entre l'hydrocèle et l'hématocèle; dans la dernière partie de ce travail, nous passerons en revue les tuméfactions inflammatoires aiguës ou torpides et lentes de la glande séminale.

(à suivre). Dr Barette.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MÉDECINS ET COMPAGNIES D'ASSURANCE.

(Suite et fin.)

La situation du médecin qui veut réclamer des honoraires pour les rapports est aussi fausse que quand il s'agissait de leur rédaction. Les polices d'assurances les passent absolument sous silence. Les compagnies refusent de les payer, simplement par ce qu'elles ne s'y sont pas formellement engagées dans leurs contrats, et renvoient le médecin à l'assuré. Celui-ci refuse également, par ce que c'est une charge que sa police d'assurance ne lui impose pas. Il ne comprend pas qu'on lui réclame les frais de rapports aussi indispensables à l'existence des compagnies que leurs bureaux d'agence, qui sont imposés par elles et dressés plutôt contre lui que pour lui. Enfin il ne voit rien dans sa police qui empêche la compagnie de payer le fonctionnement de l'un de ses rouages essentiels. Voilà l'équivoque, la source de perpétuelles contestations où nos intérêts succombent presque toujours. Aussi sont-ils bien rares les médecins qui n'ont pas renoncé à ces honoraires, soit par lassitude des récriminations, soit qu'ils y aient été contraints pour conserver une situation souvent importante de médecin du personnel d'une industrie.

Remarquons enfin que si les compagnies comprenaient bien leurs intérêts, elles abandonneraient bien vite un système en vertu duquel un médecin ne peut, sans blesser sa conscience, les renseigner sur ce qui les intéresse le plus, c'est-à-dire sur les complications des blessures: je dirai même, qu'elles réaliseraient d'importantes économies en chargeant un médecin expert de leurs intérêts ; parce que le médecin exclusivement traitant, dans tous les cas où une évaluation approximative est possible, n'a aucune raison de refuser, de favoriser autant que faire se peut, le blessé son client, et n'a pas à s'occuper des intérêts d'une compagnie qui ne s'occupe pas de lui.

2 Dans le second cas, système adopté par la majorité des assurances françaises, la compagnie choisit et nomme un médecin pour chaque région. Elle le rétribue, lui donne des instructions spéciales et le charge de la renseigner sur chaque sinistre, c'est-à-dire, de faire le diagnostic, quelquefois d'étudier l'étiologie ; de déterminer la durée de l'incapacité de travail et le degré de l'influence sur cette dernière de toute cause étrangère à la blessure. A l'inverse de ce qui précède, tout ici est acceptable et honorable ; le médecin a une mission expresse, acceptée librement et qu'il peut remplir en conscience. Seulement, dans le cas où il serait appelé à soigner un blessé assuré, il doit lui faire connaître, tout d'abord, ses obligations envers la compagnie et le mettre à même d'accepter ou de refuser des soins dans cette condition spéciale.

3° Dans le troisième cas, la compagnie paie les honoraires d'expertise et de soins médicaux. Le médecin expert est désigné comme médecin traitant. Le blessé n'a pas de médecin, il a accepté d'être soigné par le médecin choisi et rétribué par la compagnie. Ce qui rend ici la situation du médecin honorable, quoique souvent délicate, c'est que les médecins désignés par les compagnies n'ont jamais à répondre à ces questionnaires compliqués si dangereux à remplir, une simple indication d'une cause étrangère, la mention : « cause constitutionnelle », par exemple, suffit, et s'il est indispensable d'avoir des détails plus précis, c'est l'affaire d'une nouvelle expertise faite le plus souvent par un autre médecin,

En résumé, il n'y a qu'un système absolument inacceptable, c'est le premier ; les deux autres peuvent se concilier avec les devoirs et les intérêts professionnels. Néanmoins, dans les trois cas, il y a matière à discussion et à *intervention des Syndicats médicaux*,

Dans le second et le dernier, les syndicats doivent fixer le chiffre minimum des expertises et des honoraires pour les soins chirurgicaux, par ce que les tarifs des compagnies sont souvent loin d'être satisfaisants.

Pour le premier cas, la dignité, la morale professionnelles nous imposent vigoureusement de nous refuser à ce qu'il exige de nous. Aussi ne pourrai-je faire que de recommander à tous les Syndicats et à tous les médecins non syndiqués de mettre strictement en pratique l'ordre du jour suivant proposé par le syndicat de Meurthe-et-Moselle, pour la prochaine séance générale :

Le syndicat de Meurthe-et-Moselle,

Considérant :

1° Que nulle transaction ne peut mitiger la stricte exécution de l'article 378 du code pénal sur le secret médical :

2° Que la dignité professionnelle, au sujet de laquelle il refuse toute discussion, impose au médecin de ne rien révéler de ce qu'il apprend en donnant les

soins aux malades et aux blessés, même avec le consentement de ces derniers.

3° Qu'au cas particulier de blessés assurés sur les accidents, un médecin, exclusivement traitant, ne peut représenter en même temps les intérêts opposés des blessés et des compagnies d'assurances, sans s'exposer à voir, dans les cas litigieux, son témoignage écrit ou oral invoqué contre le blessé dont il trahirait ainsi la confiance :

Déclare :

1° Que le médecin traitant un blessé assuré sur les accidents, lui refusera tout certificat contenant autre chose que l'énonciation pure et simple de son diagnostic et la durée de l'incapacité de travail due à *l'affection présente*.

2° Que les médecins ne délivreront des certificats détaillés aux compagnies d'assurance sur les accidents, qu'à titre d'experts rétribués par les compagnies.

Agréez, etc.

Dr H. Pitoy.

Vice-Président du Syndicat de Meurthe-et-Moselle.

II

Médecins et sociétés de secours mutuels.

Monsieur le Directeur,

Le *Concours* sera, dans un avenir prochain, le guide le plus sûr, le plus éclairé, pour diriger le médecin et l'étudiant en médecine, à travers les difficultés de la pratique de cette noble profession.

Il faut que tous les médecins apportent dans cette large enquête, les renseignements de leur pratique, aux prises avec les hontes, les dégoûts, les humiliations infligés par un public généralement ingrat à des hommes dont il réclame le dévouement nuit et jour.

Dans cette lettre, je vous parlerai d'abord des Sociétés de secours mutuels.

Il existe dans la ville de X. une de ces sociétés, depuis trente ans au moins.

A cette époque, le Bureau a cru devoir réclamer de la bienveillance des médecins une diminution dans le prix de leurs visites.

Voulant répondre à cette invitation, les médecins fixèrent le prix à soixante-quinze centimes.

Deux ans après, dans une lettre peu parlementaire, le président *s'abaissait* jusqu'à nous, pour nous faire connaître que la société ne voulait plus donner que cinquante centimes par visite ; un reste de pudeur les avait arrêtés dans la proposition de vingt-cinq centimes. Je n'ai pas besoin de vous dire que nous avons refusé cette munificence ; alors, la Société riposta par la mesure suivante : les cinquante centimes furent versés entre les mains du sociétaire.....

Quelques années après, un nouveau Bureau reprit ses rapports avec les médecins et le prix de un franc accepté fut continué jusqu'à ce jour. Je ne m'attarderai pas à vous dire toutes les gentillesses qui sont débitées dans chaque réunion contre les médecins, car l'établissement du *Cercle syndical* a soulevé de grandes colères.

En effet, le cercle a déclaré :

Que les abonnements avec les sociétés seraient abolis.

Que les taxes médicales seraient augmentées.

Et, enfin, que toute mesure qui serait prise pour le service médical, *sans un débat contradictoire* avec les médecins, ne serait pas accepté par eux.

Voilà le drapeau de l'indépendance médicale planté dans la région : je vous en dirai tout à l'heure les conséquences.

Il existe, dans la commune rurale, une société philanthropique, dont le Bureau, en 1850, se présentant dans mon cabinet, me tint ce langage : Par visite et opérations, les médecins nous ruinent — sauvez-nous — prenez un abonnement, c'est pour nous une question de vie ou de mort, j'ai accepté, — j'ai continué pendant trente ans, en fermant l'oreille à des propositions insultantes.

D'abord, ils ne voulaient avoir qu'un seul médecin, puis, ils réclamaient la liberté pour chacun de prendre son médecin. Eh bien, après trente ans de service, cette Société en me voyant partir, n'a pas trouvé un seul mot de reconnaissance.

Voilà l'histoire de bien des sociétés philanthropiques de France qui se résume dans cette réflexion d'un sociétaire : C'est nous qui les payons et les médecins voudraient être nos maîtres !... Jamais.

Le *Cercle syndical*, inébranlable dans ses statuts, ne cèdera pas dans cette nouvelle lutte. Les présidents des deux sociétés se sont déjà réunis dans une idée commune : *Il faut faire venir un médecin*, nous lui offrirons le triple de ce que nous donnons aux autres. On lui offrira, par la publicité d'un journal et par les amis, tous les cadeaux de la lune de miel, et on lui cachera la vérité.

La région contient dix-sept mille âmes ; il faut en déduire les pauvres. Il y a *sept médecins, cinq couvents de sœurs grises*, pour le traitement des malades.

Malgré cela, croyez, mon cher Directeur, que le cas du docteur Hospital fera des petits ; — et que je ne m'exposerai pas à payer dix mille francs, en donnant un avis confraternel à un médecin qui oubliera de consulter le Bureau syndical pour être fixé sur la valeur d'une position.

Agréez, etc.. Dr X.

III

Exercice illégal.

A

Exercice illégal par les religieuses.

Très honoré confrère,

Je vous remercie de la communication que vous avez bien voulu me faire de la lettre de Monsieur le maire de X...

Cette commune est desservie au point de vue du service médical par les médecins de R... et de R... mais surtout par les religieuses de Saint-J. dont la maison mère est à six kilomètres seulement. Dans chaque commune du Morbihan (il n'existe pas une exception sur soixante), une religieuse est spécialement désignée par la supérieure pour soigner les malades, moyennant rétribution, tant pour les visites que pour les médicaments qu'elles fournissent; et, chose plus incroyable, la plupart de ces communes votent des fonds pour le service des indigents. Quelques-unes ont même cheval et voiture, s'appellent mutuellement en consultation. Lors de mon premier voyage à Paris, je me propose d'aller vous faire visite et je vous raconterai, au sujet de l'exercice illégal de la médecine, des faits qui surpassent tout ce que vous pouvez imaginer.

Sous le ministère Cazot, une enquête a été ordonnée et faite dans les départements de la Bretagne et de la Vendée : j'en attends encore le résultat, quoique personnellement mon avis m'ait été demandé par le procureur de X... et plusieurs juges de paix. J'ai la certitude que l'exercice illégal de la médecine dans chaque commune rapporte plus aux communautés que l'enseignement. Les accouchements seuls ne sont pas faits par les religieuses; bien qu'une opération césarienne *post mortem* ait été commencée par elles avant mon arrivée.

Ce n'est pas seulement les paysans qui les appellent, mais des gens intelligents ; voici même M. le maire de X... dont le petit garçon a eu dernièrement une pneumonie : la religieuse, appelée, met un vésicatoire sur la poitrine. Le malade plus souffrant dans la nuit, demande un médecin, et le lendemain je suis appelé.

Pneumonie du lobe moyen du poumon droit. La bonne sœur mandée aussitôt mon arrivée, se présente, et quand je la félicitais sur la sûreté de son diagnostic, tout en ajoutant que la pneumonie existait à droite et en arrière, elle me dit en baissant les yeux : « C'était bien l'avis de M. le curé, mais je n'y croyais pas. » Je ne sus que lui rire au nez.

Je me résume : Sans demander, quoique ce soit bien nécessaire, d'autres lois sur l'exercice de la médecine, que les parquets fassent leur devoir, que les préfets n'approuvent pas les votes des Conseils municipaux qui donnent une somme annuelle aux religieuses pour l'exercice de la médecine; mais surtout qu'ils s'opposent, par la voie administrative, à l'envoi des religieuses, qui ne sont désignées par leur communautés que pour soigner les malades.

Un grand pas sera fait pour la répression de ces actes délictueux.

Agréez, etc., Dr X.

B

Exercice illégal par un rebouteur.

Monsieur le Directeur,

Un fait qui, je crois, ne doit pas passer inaperçu pour les lecteurs du *Concours médical*, vient de se passer dans notre département.

Les ouvriers du centre houillier de Carmaux, (Tarn), se sont mis en grève il y a quelques jours. Ces ouvriers, au nombre de leurs revendications, faisaient mention du service médical. J'ignore quelle était la nature de leurs revendications au sujet de ce service. Ce que je sais, c'est que le conseil d'administration, dans un projet de conciliation qu'il a présenté aux grévistes, déclare, à l'article 4 de ce projet, que *l'administration adjoint, à ses frais, au personnel médical,* UN REBOUTEUR ! Voilà donc cet industriel reconnu officiellement par une puissante administration comme faisant partie du corps médical! Que pensez-vous de cette décision? Ne seriez-vous pas d'avis que le personnel médical de la Compagnie devrait protester énergiquement, et poursuivre d'autant plus sévèrement le rebouteur en question, chaque fois qu'il pourrait être surpris en état d'exercice illégal.

Si vous pensez que la publicité du fait que je rapporte puisse être utile, vous pouvez faire usage de ma lettre.

Recevez, etc. CALVET.

Pas plus que vous, cher confrère, nous n'admettons la possibilité d'un fait semblable.

Ecrivez à chacun des médecins du service de la Compagnie. La lettre collective *sera adressée* au conseil d'administration qui aura à choisir entre les médecins qui ont sa confiance et l'intrus qu'on veut lui imposer. Nous ne croyons pas qu'un médecin, digne de ce nom, se refuse à cette démarche, et surtout qu'il s'en rencontre d'autres qui accepteraient, en cas de conflit, une pareille promiscuité.

Ce rebouteur est donc tellement au-dessus de la loi, qu'on n'ose le poursuivre, et qu'il prétende ainsi marcher de paire avec les médecins de la région ?

Il est vraiment temps que les Syndicats mettent un terme à la possibilité de faits aussi incroyables.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la diarrhée chez les enfants. (Dr J. SIMON).

Dans cette affection, le repos au lit est absolument indispensable; puis viennent l'hygiène et l'alimentation, lesquelles doivent être en rapport avec l'âge de l'enfant. Si l'on a affaire à des sujets très jeunes, on les soumet au régime lacté; s'ils sont plus âgés, à un régime diététique, à l'eau albumineuse, à l'eau de riz avec panades et bouillons. Puis vient le traitement médical. Pour un

enfant de deux, trois et quatre ans, en outre de l'eau de riz et de l'eau albumineuse, on prescrira la décoction blanche de Sydenham, et si cela ne suffit pas, on aura recours à une potion ainsi formulée :

Bismuth....................	4 grammes.
Diascordium...............	2 —
Laudanum de Sydenham :	
Pour enfant de 2 ans.......	1 à 2 gouttes.
A partir de 3 ans.........	2 à 3 —
Eau gommeuse..............	100 grammes.

Si l'enfant est encore à la mamelle, on emploiera la même potion, mais à des doses médicamenteuses plus faibles, c'est-à-dire 2 grammes seulement de bismuth, 50 centigrammes de diascordium et une goutte de laudanum de Sydenham, de six mois à un an, ou une demi-goutte de un jour à six mois. Cette potion est administrée par cuillerée à café d'heure en heure ; elle est suspendue si la diarrhée diminue.

Mais l'entérite s'accompagnant souvent de phénomènes gastriques, de vomissements, le traitement en doit être complété par d'autres prescriptions. C'est ainsi que contre ces vomissements on aura recours à la potion de Rivière, que l'on donnera de quatre en quatre heures, tout en continuant la potion au bismuth. Si néanmoins les vomissements persistent, je fais appliquer un vésicatoire sur le creux épigastrique, en même temps que je fais faire des fomentations sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée. Enfin, lorsque l'enfant est un peu grandet, on lui administre des lavements d'amidon cuit avec une goutte de laudanum de Sydenham. De plus, le petit malade aura d'autant plus besoin d'être enveloppé de ouate, surtout au niveau des membres inférieurs, qu'il sera plus jeune.

Bien qu'un certain nombre de médecins aient conseillé l'emploi des purgatifs, je les repousse absolument en raison de l'inflammation intestinale qui en serait certainement accrue, et par crainte du choléra infantile auquel les enfants ont une si grande tendance.

Quant au traitement que je viens d'indiquer, il devra être continué pendant dix et douze jours sans aucune interruption. J'ai vu des médecins s'étonner de voir la diarrhée n'en éprouver aucune heureuse influence, parfois même augmenter ; cela tenait, il faut bien le savoir, à ce que les prescriptions sont souvent loin d'être fidèlement suivies dans les familles, cela tenait aussi à ce que les médicaments étaient mal donnés : ainsi, par exemple, à ce que le bismuth restait au fond de la fiole qui contenait la potion, celle-ci n'ayant pas été agitée chaque fois au moment de s'en servir.

— L'entérite pseudo-membraneuse s'accompagne de coliques extrêmement douloureuses, tant avant qu'après l'expulsion des fausses membranes. Aussi est-ce dans ces cas-là que je conseille l'usage des grands lavements, de façon à faire une véritable irrigation de l'intestin, et à arriver jusqu'à l'S iliaque. Pour un enfant d'un an, le lavement contiendra un verre d'eau tiède ; pour deux ans, deux verres à deux verres et demi. Puis on injecte immédiatement après, dans le rectum, dans une petite quantité d'eau, une goutte de laudanum de Sydenham.

— L'entérite cholériforme ou choléra infantile exige un traitement spécial. Maints auteurs ont présenté contre la diarrhée réellement foudroyante de cette affection l'emploi des substitutifs : l'ipéca, le nitrate d'argent, la poudre d'*hydrargyrum cum creta ;* je les ai essayés et je n'ai pas eu à m'en louer. Dans le choléra infantile, il n'y a que deux médications auxquelles il faille recourir : 1° une médication préventive, c'est-à-dire celle de la diarrhée lientérique ou catarrhale qui précède toujours l'apparition du choléra infantile et qu'il faut arrêter le plus promptement possible par les moyens que nous avons recommandés plus haut ; 2° une médication curative par les substances alcooliques, même chez les enfants à la mamelle. Chez ceux-ci, au-dessous de six mois, on donne une cuillerée à dessert de vin de Malaga dans un verre d'eau sucrée ; à un an, une cuillerée à bouche ; enfin, s'il est plus âgé, la dose de Malaga sera portée à deux ou trois cuillerées à bouche. En même temps toute la surface du corps sera frictionnée avec des substances alcooliques, des stimulants, de l'eau de mélisse par exemple, puis l'enfant sera enveloppé avec soin de ouate recouverte de taffetas gommé ou de caoutchouc. Si aucun soulagement ne se produit, l'enfant sera plongé soit dans un bain sinapisé, soit dans un bain de vin chaud, et maintenu jusqu'à ce que la peau rougisse. On alimentera aussi le petit malade avec du bouillon de poulet dégraissé, avec du lait coupé et additionné d'eau de chaux. Dès que les vomissements apparaîtront, on administrera la potion de Rivière, on la donnera au moment où l'enfant prend ses aliments (lait ou bouillon), on appliquera un vésicatoire à l'épigastre. On fera prendre aussi à l'enfant une sorte de sorbet fait avec de la glace râpée en neige et mêlée de sucre. Enfin on aura recours aux lavements amidonnés et laudanisés. En un mot, il s'agit d'un traitement stimulant contre une affection qui tue, avec la plus grande rapidité, les enfants qui en sont atteints.

— La diarrhée dysentérique qui simule la dysenterie véritable n'a rien de commun avec cette affection ; elle n'est autre chose qu'une entérite s'accompagnant d'un saignement de la muqueuse rectale, semblable aux épistaxis que l'on remarque fréquemment chez les enfants. Ici le traitement se composera de lavements astringents à l'eau de noyer, avec le bois de campêche, le tanin à la dose d'un gramme, ou le cachou, 5 à 10 grammes dans un verre d'eau tiède. Repos au lit, alimentation liquide, diète lactée ou bouillon de poulet, traitement auquel on ajoutera celui de l'entérite ordinaire.

La dysenterie, au contraire, est très rare chez les enfants : à l'hôpital on ne la rencontre que très exceptionnellement, en ville jamais, à peine l'ai-je rencontrée une fois tous les deux ou trois ans. Cependant, lorsque vous la rencontrerez, vous devrez savoir qu'elle exige un traitement spécial,

car il s'agit, là, d'une affection intestinale ulcérative. Au traitement de l'entérite aiguë on ajoutera, matin et soir, un grand lavement, suivi d'abord d'un second contenant seulement 30 grammes d'eau et 1 ou 2 centigrammes de nitrate d'argent, puis d'un troisième dans lequel on aura mis une demi-goutte ou une goutte de laudanum. Contre la faiblesse résultant de la perte de sang, on donnera une potion au bismuth et au Malaga. Enfin tous les deux ou trois jours on prescrira une prise de calomel de 30 à 50 centigrammes, selon l'âge de l'enfant, comme médication substitutive destinée à faciliter la guérison des ulcérations de l'intestin. (*Gaz. des hôpitaux*).

*
* *

Effets physiologiques et thérapeutiques de la quassine.

La quassine, qui est le principe actif de la racine de quassia amara de Surinam, se trouve dans le commerce sous la forme cristallisée et la forme amorphe, jouissant toutes les deux des mêmes propriétés. M. le Dr *Campardon*, dont nous trouvons, à ce sujet, une note dans le *Bulletin général de thérapeutique*, a expérimenté la quassine amorphe, et résume ainsi ses recherches.

1° La quassine amorphe et la quassine cristallisée, principes actifs extraits de la *quassia amara* (Surinam) et de la *quassia simarouba*, ont, sur l'homme en santé, des effets physiologiques bien évidents et bien constatés ;

2° A dose modérée, ce principe active et augmente la sécrétion des glandes salivaires, du foie, des reins et peut-être des glandes mammaires ;

3° Il réveille l'action des fibres musculaires du tube digestif, de l'appareil uro-poiétique, du canal excréteur de la bile, augmente la sécrétion des muqueuses et facilite l'excrétion des sécrétions normales ;

4° Chez l'homme malade, comme tonique amer pur, cette subtance réveille l'appétit, reconstitue les forces et, grâce à son action sur les fibres musculaires de la vie végétative, facilite les excrétions normales, rend la défécation plus facile et hâte l'expulsion des calculs rénaux et hépatiques ;

5° La quassine, ainsi que le bois de *quassia amara* et *simarouba* dont elle est tirée, est mortelle à très faible dose pour les animaux d'ordre inférieur (Schultz, de Spandau) ;

6° Chez l'homme sain, ainsi que chez l'homme malade, elle détermine, à une certaine dose, une série d'effet toxiques qui rappelle l'action des poisons convulsants ;

7° La quassine amorphe et la quassine cristallisée, au-dessus de 15 centigrammes pour la première, et de 15 milligrammes pour la seconde, déterminent les symptômes suivants, qui ne font que s'accentuer si l'on élève les doses :

Brûlure de l'œsophage, brûlure circulaire de l'isthme du gosier, station de plus en plus prononcée de la gorge, céphalalgie frontale, surtout à droite, pesanteur et douleur de la région stomacale, nausées, vertiges, troubles de la vue (non constatés par moi), agitation extrême, impatience fébrile, impossibilité de suivre longtemps un raisonnement, besoin de changer de place, miction fréquente, mais qui diminue peu à peu d'abondance, garde-robes diarrhéiques, puis vomissements. A cela viennent s'ajouter les contractions spasmodiques des muscles de la vie de relation : crampes qui sont de véritables contractures des muscles de la jambe et de la cuisse :

8° Pour combattre les effets toxiques de la quassine, le chloral à l'intérieur et le chloroforme à l'extérieur, contre les contractures spasmodiques, ont donné les meilleurs et les plus prompts résultats.

La dose de cinq milligrammes ne doit pas, croyons-nous, être dépassée pour la quassine vraiment *active*.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DU MÉDOC.

Expertises médico-légales.

Mon cher Directeur,

Le syndicat des médecins du *Médoc* s'est réuni à *Margaux* le 22 février, pour étudier la question des expertises médico-légales, dont l'avaient saisi les syndicats de *Baugé* et du *Lot-et-Garonne*, et, comme eux, il a pris la résolution suivante :

En principe, les médecins, membres du syndicat du Médoc, refusent de faire les expertises *médico-légales*. Ils ne prêteront leur concours que dans les cas de flagrant délit, prévus par l'article 475 nº 12 du code pénal.

Dans cette même séance, il a discuté et approuvé l'idée du Dr *Barat-Dulaurier* de former un *syndicat départemental*, composé de quelques membres pris dans les divers syndicats, et chargé de défendre nos intérêts auprès des administrations. Les mandataires délégués pour la formation du syndicat départemental sont :

MM. Rafaillac, de Margaux, *président*; Sauchey, de Saint-Vivien, *vice-président*; Dupeux, de Listrac, *secrétaire-trésorier*.

Dr Dupeux,
Secrétaire-Trésorier.

II

SYNDICAT DE LA CHARENTE.

La réunion du syndicat a été inaugurée par l'allocution du *président* M. le Dr Pintaud-Desallées.

Messieurs et chers collègues,

En ouvrant la séance de notre grande réunion annuelle, permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue et aussi de vous exprimer ma joie pour les résultats obtenus par notre association syndicale.

En moins d'une année, *trente-cinq* médecins ont été ralliés à l'idée d'un Syndicat; treize ont déjà fait appel aux bons offices du fondé de pouvoir de la Société, et une grosse somme a été perçue par cet agent. Voilà des chiffres qui valent bien des discours; et ce ne sont pas les seuls avantages qui nous ont été procurés par notre association.

Depuis que nous nous sommes groupés en « *Syndicat de médecins de la Charente,* » il me semble que nos relations sont devenues, si possible, et plus franches et plus cordiales, et que, serrés les uns contre les autres, nous nous sentons déjà plus forts.

Comment pourrait-il en être autrement! Nous avons pour nous l'union, et nous servons la bonne cause; bientôt, espérons-le, nous pourrons ajouter que nous sommes le nombre.

Quoi de plus réconfortant, en effet, que de se laisser enrôler dans une association où les statuts reposent uniquement sur la réciprocité de droits et de devoirs professionnels et sociaux! Que demandent les médecins syndiqués? — A leur clientèle et à l'État, la rémunération équitable des services rendus; à leurs confrères, l'observation des règles de bonne confraternité.

Ces revendications si légitimes, nous les obtiendrons, chers confrères, par notre attitude à la fois digne, ferme et modérée; et, quant au respect dû à notre profession, il viendra par surcroît, je vous en réponds, le jour où nos honoraires nous seront servis selon nos mérites.

Persévérons donc dans la voie que nous nous sommes tracée. Point de défaillance. Efforçons-nous de grossir nos rangs de nouvelles recrues; et quand nous aurons atteint le nombre, nous serons aussi la force, la force *au service de la justice* pour le triomphe de la bonne cause.

Nous recevons de M. le Président la lettre suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

Persuadé que vous vous intéressez à la prospérité de notre Syndicat, comme tout bon père se réjouit des succès remportés par son enfant (or, qui oserait vous disputer la paternité de ce grand mouvement de Syndicats qui s'opère par toute la France!), j'ai l'honneur de vous communiquer le résultat de notre réunion tenue hier à l'Hôtel-de-ville d'Angoulême.

L'assemblée, composée de vingt-cinq membres environ, après avoir entendu le rapport de notre secrétaire-trésorier, et après avoir admis une dizaine de nouveaux membres, a voté les résolutions suivantes sur la délicate question des *Sociétés de secours mutuels* :

1° Faculté, de la part de tous les médecins qui voudraient adhérer aux statuts, d'être médecins des Sociétés de secours mutuels, et réciproquement liberté pour le malade de faire choix de son médecin.

2° Ne faire aucune visite et ne donner aucune consultation inférieure à 1 fr. comme minimum.

3° En sorte que les confreres qui soignent des Sociétés à l'abonnement (et non plus à la visite, ce qui serait préférable), s'engagent à refuser leurs soins le jour où la moyenne du prix de ces visites et consultations descendrait au-dessous de 1 fr.

4° Réclamer le droit de contrôle de la part des médecins sur les membres proposés pour être admis dans la Société.

Cependant, comprenant la difficulté à évincer des Sociétés de secours mutuels, les patrons ou autres membres participants plus favorisés de la fortune, qui en font déjà partie, les médecins syndiqués prennent l'engagement de ne donner leurs soins à ces privilégiés qu'à la condition expresse que ces derniers accepteront de payer, *en outre*, au médecin, à chaque visite ou consultation, la somme de 1 fr. comme minimum.

Nous avons reçu, aujourd'hui même, l'adhésion d'environ dix confrères.

Veuillez agréer, monsieur et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments et de ma profonde reconnaissance pour votre grand dévouement à la cause de tous.

Dr PINTAUD-DESALLÉES.

P. S. Pour vous montrer, que nous ne sommes pas inactifs, je vous transcris la façon dont je viens d'apostiller, en ma qualité de président, la lettre que le confrère Lavigne, de Morthon, adressait au Dr Courrejal, syndic de l'association médicale à Villeneuve-sur-Lot, pour l'engager, ainsi que ses confrères, à se tenir sur leurs gardes, au sujet d'une dame qui a quitté notre contrée, pour aller à Villeneuve, après avoir payé le confrère *par prescription.*

Larochefoucauld, 19 février.

Monsieur et honoré confrère,

C'est de grand cœur que j'applaudis à cet acte de concours spontané du docteur Lavigne. Je vais même plus loin : Si la solidarité n'est pas un vain mot, entre les médecins syndiqués de France, et pour peu que l'union existe parmi les confrères de *Villeneuve,* il me semble que l'on devrait inscrire cette *riche* cliente sur le *livre noir* et l'y maintenir jusqu'au jour où elle aurait payé les honoraires du confrère de *Morthon.*

Veuillez agréer, etc.

Le président du Syndicat de la Charente.

III

LES SYNDICATS DEVANT LA PRESSE.

N'est-ce pas Hobbes qui avait lancé cette assertion désolante: *Homo homini lupus?* Hélas! trop de nos confrères donnent raison par leur conduite au philosophe anglais.

Au lieu de s'entre-dévorer, qu'ils se prêtent assistance, qu'ils cherchent à s'entendre, à faire un faisceau bien lié de leurs efforts et de leurs revendications, et la corporation médicale ne tardera pas à occuper la position sociale qu'elle mérite à tant d'égards.

Justement, voici qu'un peu partout nos confrères, commencent à reconnaître qu'ils font un métier de dupes en tirant les uns sur les autres. De tous côtés des syndicats se constituent. Mais que de villes, que de centres populeux où cette union des médecins sera rendue difficile!

Sans doute, il faut laisser disparaître, ou du moins tomber en minorité impuissante, les médecins qui ont pris d'autres voies et qui ne sauraient plus reculer. La mort en aura raison.

En attendant, nos Facultés devraient, sinon créer une chaire spéciale de déontologie médicale où l'on enseignerait au futur médecin à être, avant tout, l'esclave des convenances confraternelles, du moins obliger les professeurs à prêcher d'exemple, et, par leur propre conduite, a inspirer aux élèves le respect de leur maîtres et de leurs aînés. *(Gaz. med. de Paris).* Avril 82.

VARIÉTÉS

DE L'HONNÊTETÉ PROFESSIONNELLE (1).

A M. Francisque Sarcey.

A NOVIS CURATIONIBUS CAVE. Si vous croyez devoir essayer une médication nouvelle, prenez bien vos précautions...

Voilà ce que nous recommande l'honnête Guillaume Paulet dans sa quatrième leçon. Il n'a pas fait au médecin une obligation stricte de suivre la routine, quoique la routine ait parfois du bon, — elle ne serait jamais devenue routine sans cela ; — il n'a pas dit, remarquez-le bien, obéissez servilement à la tradition, suivez tous les préceptes de vos maîtres, ne modifiez pas leurs formules, ne changez rien aux méthodes reçues et ne vous abandonnez jamais aux hasards des expérimentations. Non !... Seulement, comme on est en droit d'appréhender des mécomptes et des ennuis de toute sorte qui peuvent résulter d'un insuccès, quand on veut innover, il conseille au praticien avisé de se tenir sur ses gardes. *Caveat* !

Et je crois bien qu'il a raison.

M. Francisque Sarcey, qui nous a fait les honneurs d'une longue critique dans le *XIX*e *Siècle*, — numéro du 19 janvier 1883, — trouve la proposition ainsi formulée singulièrement amusante. Elle lui rappelle le fameux serment du médecin de Molière :

Jura esse toujours
Ancienni aviso
Aut bono aut mauvaiso;

et aussi ce que Diafoirus disait de son fils Thomas qui était à cheval sur les principes et qui n'en démordait jamais, dût le malade périr... pourvu qu'il périt *secundum artem.*

Diafoirus ne voulait pas qu'on tînt compte des idées nouvelles, parce qu'il avait la ferme conviction que les anciens ne pouvaient se tromper ; nous conseillons, nous, qu'on ne les accepte qu'avec précaution, parce qu'on encourt une responsabilité sérieuse à les appliquer dans bien des cas. Et M. Sarcey trouve que cette raison est d'un ordre *infiniment moins relevé* que celle des Diafoirus père et fils...

Eh ! bien ; n'en déplaise à l'éminent critique du *XIX*e *Siècle*, je crois que nos scrupules, quand il s'agit d'expérimenter sur un malade dont la santé, dont la vie peut-être est en jeu, ne sont pas moins honorables que la foi robuste des autres dans l'infaillibilité de leurs dogmes thérapeutiques.

La médecine est une science d'observation. A défaut des données de l'expérience, à défaut des faits observés, elle a dû évidemment commencer par des raisonnements d'intuition, *à priori*, ce qu'ont fait les empiriques de tous les temps, ce que nous conseille de faire M. Sarcey...

Mais la science n'est pas restée à l'empirisme. Ce qui était permis aux ancêtres d'Esculape ne l'est plus aux médecins de notre temps.

Toutefois, dans la circonstance dont il s'agit, il n'est pas question de faire un procès à l'empirisme, mais seulement d'établir jusqu'à quel point les médecins peuvent ou doivent y recourir.

Un médecin pourvu du diplôme a-t-il le droit d'essayer le traitement au mépris des principes de notre art, *en suite d'une vue de l'esprit, d'une théorie, d'un raisonnement ?*

La loi nous permet d'exercer librement notre profession ; mais il tombe sous le sens qu'elle ne saurait autoriser l'imprudence ou l'esprit d'aventure, ni assurer une impunité absolue à des empiriques audacieux qui prétendraient mettre leur raison particulière au dessus de l'expérience et de la sagesse de tous les observateurs de bonne foi. Elle sous-entend que l'exercice de l'art de guérir devra se faire conformément à des principes généraux généralement admis et sans fouler aux pieds les règles établies.

Supposons que le choléra réapparaisse parmi nous. Il est possible qu'un gradué en médecine, fanatique comme Diafoirus, mais fanatique au rebours, reconnaissant l'insuffisance des anciennes méthodes, essaie de traiter scientifiquement cette peste, comme M. Pasteur paraît avoir traité avec succès le choléra des poules. Les cholériques, se dirait-il, brûlent du feu de la fièvre? Je veux les rafraîchir. On a prétendu jusqu'ici les réchauffer ? Je vais les mettre au froid; parce que le microbe de cette affection ne saurait résister à un abaissement de température de 12°.

Quel malade un peu sensé consentirait à courir les risques d'un pareil traitement? Quel père en voudrait pour son enfant? Quel médecin oserait en assurer la responsabilité ?

Et, cependant, cette manière de faire n'a rien qui répugne au scepticisme d'outre-Rhin... Nous voyons Brand refroidir ses typhiques, et il ne répugne pas à la raison qu'on puisse de même refroidir des cholériques.

Mais cela répugne à notre bon sens gaulois, et nous respectons trop la vie de nos semblables pour la jouer aussi lestement.

En 1856, j'ai eu l'occasion d'observer une petite épidémie de choléra qui s'était déclarée parmi les ouvriers employés à la construction d'un tunnel, à deux kilomètres de Besançon. La contagion avait été visiblement importée des chantiers de l'Est. Un jour, on vint me chercher pour visiter un terrassier qui venait d'être pris, dans la matinée, de vomissements, de diarrhée et de crampes. Il pleuvait ce jour-là. Je trouvai dans l'après-midi mon homme qui venait de se remettre au lit. Il ne vomissait plus. Il ne souffrait plus. Il était dans un état de faiblesse extrême. Qu'avait-il fait? Ne pouvant résister au feu qui le dévorait, il n'avait rien imaginé de plus logique, pour faire périr empiriquement son microbe incendiaire, que de se mettre dans un bain froid. Malgré les conseils de son entourage, il s'était plongé dans une cuve destinée à recueillir les eaux pluviales du toit. Il n'y resta pas plus d'un quart d'heure. Il s'éteignit et se refroidit tout à fait deux heures après.

Que la théorie dise ce qu'elle voudra, il est probable que le gradué en médecine, dont nous parlions tout à l'heure, n'aboutira pas à un autre résultat. Mais alors les parents de ses victimes auront bien le droit, il me semble, de le maudire, en lui imputant la responsabilité de leur deuil. — Il aura, dira-t-on, la satisfaction de sa conscience !... — Non, pas même cela. Est-ce qu'un serviteur à qui vous avez confié de l'argent et qui le joue à la roulette avec l'intention de vous en remettre davantage, peut avoir la conscience d'avoir bien fait ?

(à suivre). Dr PERRON.

(1) Voir *Conc. méd.* 1883 numéros 2 et 7. Cet ouvrage du Dr Perron, extrait du *Bulletin de la Société locale des médecins* du Doubs, 1882, n'a eu qu'un tirage à part de 50 exemplaires.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

31 Mars 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 13

SOMMAIRE

BULLETIN

La discussion sur la fièvre typhoïde change d'aspect depuis quelques séances : les différentes méthodes de traitement ayant été longuement discutées une à une, nous arrivons à des questions plus élevées, plus philosophiques et c'est, il faut le reconnaître, à l'intervention de *M. Peter* dans le débat que nous sommes redevables de ce changement. On se rappelle avec quelle vivacité l'honorable professeur s'était élevé dernièrement contre la chimiatrie : or, ce ne sont pas les théories de M. Pasteur que M. Peter qualifiait ainsi, mais bien celles de Brand. Le chimiâtre, en effet, est celui qui, comme autrefois Paracelse, réduit les actes de la vie saine ou morbide aux phénomènes physico-chimiques. M. Pasteur n'est pas un chimiâtre : bien loin de là, il a fait sortir à jamais la fermentation du domaine de la chimie pour l'introduire dans celui de la physiologie et des phénomènes dus à la vie. Brand, au contraire, ne voit dans la fermentation, que des phénomènes physico-chimiques et, dans la maladie, qu'une fermentation entretenue par la chaleur morbide.

M. Peter affirme que la médecine traverse une des phases les plus critiques de son évolution : elle est de toute part envahie par des chimistes, des physiciens, des physiologistes, savants dont l'esprit et les méthodes sont naturellement aussi éloignés que possible de l'esprit médical, car leurs sciences sont toutes d'analyse, alors que la médecine est une science de synthèse. Le médecin ne choisit pas son problème, il n'est pas maître des circonstances dans lesquelles se produisent les phénomènes qu'il observe, il ne peut les varier à son gré, les dissocier pour les mieux étudier. L'œuvre du médecin exige du temps et de la patience ; il est spectateur plus qu'acteur dans le drame de la nature, il lui faut compter sur les occasions, les attendre et en profiter : d'où les difficultés et les lenteurs des progrès en *médecine*.

Rien ne montre mieux l'abîme qui sépare un physiologiste ou un physicien d'un médecin proprement dit, que l'interprétation qu'ils peuvent donner d'un même fait accompli dans un organisme vivant. Telle est l'expérience célèbre de la poule que l'on lie sur une planche et qu'on plonge pendant un certain temps dans l'eau froide avant de lui inoculer le charbon ; inversement encore, on élève la température d'une grenouille et dans ces conditions anormales pour la grenouille, l'animal peut être aussi inoculé du charbon. Aussitôt le physiologiste ou le physicien, visant la seule température, concluent que c'est parce que la poule a été *refroidie* ou la grenouille *échauffée* que ces animaux ont pu contracter le charbon, auquel ils sont normalement réfractaires. Au contraire, le médecin, qui juge le fait dans son ensemble, en conclut que c'est parce que cette poule a été préalablement rendue *malade* qu'elle a pu contracter le charbon ; rendue malade par la douleur de son corps meurtri par les entraves, rendue malade par la souffrance de ce corps

immergé dans l'eau froide, rendue malade enfin par la terreur, l'inanition, l'immobilité, etc., etc. Le médecin conclut que cette poule n'a pas contracté le charbon parce qu'elle avait perdu de son calorique, mais qu'elle avait perdu de son calorique (elle, animal à température constante) parce qu'on l'avait rendue malade, et que c'est parce qu'on l'avait ainsi rendue malade de tout son être qu'elle a pu contracter le charbon ; et il exprime le fait en disant qu'on l'a mise en état de prédisposition, d'imminence morbide et de réceptivité. Il en est de même de la grenouille que l'on rend malade en changeant ses conditions habituelles d'existence.........

En résumé, là où le physicien ne voit qu'une question de calorique, le médecin voit une question de vitalité.........................

Claude Bernard lui-même n'a pas toujours su résister à cette tendance du physiologiste à verser dans la chimiatrie : il surchauffe un moineau dans une étuve de façon à lui faire dépasser de 10 degrés la température qui lui est propre ; puis trouvant la myéline de ses muscles coagulée, il en conclut que la mort est arrivée par arrêt du cœur et que la mort a lieu de même façon chez l'homme atteint de maladie fébrile et par le seul fait de l'hyperthermie. Ainsi : 1° il assimile une surélévation artificielle de dix degrés à une surélévation morbide spontanée de trois à quatre degrés ; 2° il conclut que l'hyperthermie fébrile de quelques degrés doit produire les atérations musculaires de cette hyperthermie expérimentale ; 3° il conclut encore que les altérations musculaires *partielles* de la dothiénentérie doivent tenir à l'hyperthermie, alors que, s'il en était véritablement ainsi, elles devraient être générales et non partielles ; alors que d'autre part, on les observe sans hyperthermie ; 4° il compare aux altérations musculaires expérimentales la dégénérescence cireuse de Zenker, qui est absolument spécifique ; enfin, 5° il n'explique pas comment les altérations morbides propres à la dothiénentérie ne se présentent pas aussi dans toutes les phlegmasies où la température est parfois si élevée.

Brand va plus loin, et c'est en cela qu'il est, lui, un pur chimiâtre.

Il assimile la fièvre à une fermentation, parce que, dans les deux cas, il constate une augmentation de température ; et comme en refroidissant la cuve où fermente son orge, il voit la fermentation s'arrêter, il en conclut que, s'il refroidit le corps d'un fébricitant, il arrêtera la fièvre ! Il ne voit pas que, pour être logique, il faudrait réaliser, dans le corps du fébricitant, l'abaissement de température qui est nécessaire pour arrêter la fermentation de la cuve au moût de raisin ou d'orge ; qu'il faudrait, en d'autres termes, que la température du sang fiévreux descendît à 18° comme pour l'orge !

Or, l'expérience démontre qu'il suffit, pour obtenir les bons effets de l'application de l'eau froide dans la fièvre typhoïde, d'un abaissement de température de quelques dixièmes de degré. Ce n'est donc pas par une pure et simple soustraction de calorique qu'agit cette merveilleuse médication hydrothérapique ; c'est en portant son action sur l'être tout entier, par l'intermédiaire du système nerveux, qu'elle modifie les grandes fonctions de l'organisme et place celui-ci dans des conditions meilleures. L'école de Brand ne raisonne pas ainsi ; elle ne vise que l'élévation de température et non pas l'ensemble si complexe qui constitue l'état du malade fébricitant.

Si c'est la fermentation morbide qui produit l'hyperthermie, ce n'est pas seulement la fièvre typhoïde, ce ne sont pas seulement toutes les pyrexies, mais ce sont encore toutes les phlegmasies qui sont dues à des ferments. Chacune de ces maladies devrait avoir son microbe particulier, agent spécial de cette fermentation. Telles sont les conséquences auxquelles on est entraîné si l'on admet les idées chimiatriques de Brand ! Mais on a dit : qu'importe la médecine du sens commun, si celle qui n'a pas le sens commun guérit, si elle arrive à guérir mieux et plus vite que sa rivale ? Alors on a cité des statistiques empruntées à divers médecins allemands et desquelles il résulterait que la méthode de Brand est supérieure à toutes les autres méthodes de traitement de la fièvre typhoïde.

On a cité des statistiques allemandes qui seraient très encourageantes. M. Peter a déjà parlé des statistiques lyonnaises qui le sont beaucoup moins, et trouve dans la *Gazette médicale de Paris* d'autres statistiques allemandes qui, cette fois, sont accablantes.

M. Ricklin prouve, en effet, que, dans les hôpitaux de Berlin, de Vienne, de Munich, la mortalité de la fièvre typhoïde, traitée par la méthode de Brand, de 1875 à 1880, a varié entre 13 et 20 0/0 en moyenne. A Vienne, elle est montée même, en 1876, à 30 0/0 ! On est loin du chiffre de 7 0/0, donné comme la moyenne de cette mortalité ! En somme, il ressort des documents publiés par M. Ricklin que, là où les résultats de

Brand ont pu être contrôlés, la mortalité s'est élevée à 12 0/0, tandis qu'elle a été réduite à 0 là où le contrôle n'a pas été possible!

Quoi qu'il en soit de la statistique particulière de l'auteur de la méthode, il demeure constant qu'à Berlin, à Vienne, à Munich, la fièvre typhoïde traitée par les bains froids a donné une moyenne de 13 à 19 0/0 de mortalité environ, comme à Lyon.

M. Peter passe ensuite à l'examen des théories de M. Pasteur. Nous rendrons compte de cette partie de son discours dans notre prochain bulletin.

Après la mort de Sédillot et de Cloquet, nous devons enregistrer celle de M. Lasègue qui vient de succomber, à l'âge de soixante-six ans, à des accidents pulmonaires consécutifs au diabète. M. Lasègue, qui avait été d'abord professeur de rhétorique en province, avait conservé de son ancienne carrière des goûts très littéraires. Il dirigeait, avec M. S. Duplay, les *Archives générales de médecine*, recueil dans lequel il a publié la plus grande partie de ses travaux. C'est encore un esprit distingué que nous venons de perdre.

Election : M. *Husson* (de Toul) est élu membre correspondant national dans la division de chimie, physique et pharmacie. Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Causes, formes, traitement.

I

S'il fallait passer en revue tous les travaux auxquels a donné lieu la recherche des causes et de la nature des accidents fébriles qui surviennent chez les femmes en couches, la place serait mal choisie dans un journal qui vise exclusivement le côté pratique des questions et la synthèse des résultats acquis dans chaque branche de la profession médicale. Passer d'autre part sous silence la controverse à laquelle donne lieu, depuis l'aurore de la médecine, une affection si grave, rendrait impossible l'exposé de son traitement prophylactique et curatif qui doit nécessairement avoir pour bases les données étiologiques. Aussi, plus qu'en tout autre sujet, nous devons être bref et précis.

Pendant près de deux mille ans, le monde médical a vécu sur cette idée que la *suppression des lochies* était la cause de la fièvre qui emporte les femmes en couches. L'expérience ayant démontré que les lochies persistent presque toujours, pendant la première période au moins des accidents puerpéraux, et qu'il était par conséquent plus logique de considérer leur suppression, non comme la cause, mais comme un effet, cette doctrine fit place vers la fin du siècle dernier à la théorie des *métastases laiteuses*.

L'idée que les déviations de la sécrétion lactée entraînaient les altérations si nombreuses et si différentes trouvées à l'autopsie des femmes récemment accouchées, encore aujourd'hui admise par les gens du monde sous le nom de *lait répandu*, fut abandonnée par tous les médecins, lorsque Bichat eut démontré que les épanchements et les dépôts dans les cavités séreuses et notamment dans l'abdomen ne sont que du pus ou des pseudo-membranes.

Ces deux antiques erreurs éliminées, il n'y a plus en présence que les opinions suivantes :

1° La fièvre puerpérale est-elle causée par une *inflammation localisée* à l'utérus, ou à un autre organe de l'abdomen ? Dépend-elle de la métrite, de la phlébite ou de l'angioleucite utérines, de la métro-péritonite ou de l'entéro-péritonite ?

2° La fièvre puerpérale est-elle une altération primitive du sang, une *pyrexie essentielle, dont* les lésions inflammatoires métro-péritonéales ne sont que la conséquence secondaire ?

3° La fièvre puerpérale existe-t-elle ? N'existe-t-il pas plutôt un *empoisonnement puerpéral dont la plaie utérine est la porte d'entrée* et qui peut révéler son existence par des manifestations multiples ; car il a le pouvoir de créer, suivant l'heureuse expression de Lorain, toute une série morbide ? Si dans les camps se produit un miasme qui engendre le typhus, la fièvre typhoïde, l'infection purulente, si le miasme des salles de blessés donne lieu à l'érysipèle, à la pourriture d'hôpital, à l'infection purulente, si le miasme des hôpitaux d'enfants détermine des ophthalmies, des érysipèles, des diarrhées, etc., pourquoi les maternités n'engendreraient-elles pas un poison capable de faire naître des maladies puerpérales, (péritonite, métrite, pleurésie, ictère, érysipèle, etc.) ? (1).

Ces opinions qui, dans la célèbre discussion de 1858 à l'Académie de médecine, partagèrent le corps médical, subsistent encore à peu près aujourd'hui, en ce sens que la fièvre puerpérale est encore envisagée tantôt comme une maladie générale à localisations multiples, tantôt comme une intoxication née d'une plaie utérine. Il est vrai que l'idée d'une pyrexie essentielle a fait place dans l'esprit des essentialistes à celle d'une infection puerpérale primitivement générale causée

(1) Hervieux, Traité des maladies puerpérales, 1870.

par un agent septique, et que les localisateurs ne croient plus à des phénomènes inflammatoires simples, mais à des accidents toxiques nés d'une plaie virulente; mais, si les uns et les autres admettent maintenant un agent septique, on est loin de s'entendre sur la nature de cet agent, le poison ayant, pour certains médecins, son origine exclusive dans l'organisme de la femme, tandis que pour les autres il vient du dehors.

Il convient pourtant de reconnaître que l'idée de l'infection des femmes accouchées par un poison venu du dehors est celle qui compte le plus grand nombre de partisans. Par suite, comme le constate M. Rendu dans une remarquable Revue (1) tandis que, autrefois, on admettait sans conteste l'épidémicité comme cause principale des accidents puerpéraux, la contagion étant mise en doute par bien des médecins, — aujourd'hui la proposition est renversée; l'épidémicité a perdu tout le terrain qu'a regagné la contagion. *La grande cause de la fièvre puerpérale est la contagion.*

D'innombrables expériences ont été faites depuis une dizaine d'années dans tous les pays pour isoler l'agent infectieux, le contage de la septicémie puerpérale. Les inoculations aux animaux, pratiquées en séries, ont permis de démontrer que la virulence du poison puerpéral s'accroît en passant d'un organisme à un autre; ce qui expliquerait l'aggravation, au fur et à mesure que la contagion se multiplie, d'accidents puerpéraux d'abord bénins, lorsqu'ils ont pris naissance dans un milieu de parturientes. La présence des bactéries et des microbes a été maintes fois constatée dans les liquides et les tissus des femmes qui succombent à la septicémie puerpérale; mais, si le fait de l'envahissement de l'économie par les bactéries est aujourd'hui constant, il s'en faut de beaucoup que le microbe spécifique de la fièvre puerpérale soit nettement isolé. Malgré les intéressantes recherches de M. Doléris (2), en France, de MM. Masini et Ferrari (3), en Italie, on ne saurait affirmer, dans l'état actuel de nos connaissances, que le ferment infectieux, qui existe bien certainement, soit toujours le même.

Comment se fait la contagion? — Elle peut naître sur place par une véritable auto-infection de l'organisme. La plaie utérine et vaginale, les déchirures du périnée sont presque toujours la porte d'entrée ouverte au poison qui s'est développé dans les liquides muco-sanguinolents, et qui se diffuse par la voie des veines ou des lymphatiques. Le voisinage d'une plaie putride, d'un foyer de suppuration quelconque, chez d'autres malades, peut aussi être la source d'empoisonnement pour les accouchées.

La dissémination du ferment contagieux peut d'ailleurs, s'affectuer de deux manières: il peut être transporté par le doigt de l'accoucheur ou ses vêtements, les pièces de pansement, les instruments, l'usage d'une même canule à irrigations vaginales pour plusieurs malades, les objets de literie, les éponges. C'est une véritable inoculation directe.

De cette notion dérivent évidemment des devoirs professionnels qui, trop souvent méconnus jadis, peut-être un peu trop exagérés dans ces derniers temps, n'en sont pas moins réels. Dans l'organisation des maternités, M. Tarnier pose comme précepte absolu, de ne jamais mettre le pied dans un amphithéâtre, de n'examiner aucune pièce pathologique. Pourtant des chirurgiens et des accoucheurs ont pu mener de front la pratique et l'enseignement dans leurs services hospitaliers, et fournir cependant d'excellentes statistiques, à la condition de ne pas commencer par aller à l'amphithéâtre avant de faire leur visite, de changer de vêtements, et de ne jamais toucher les femmes sans s'être lavé les mains dans une solution fortement phéniquée. La question de savoir si un médecin, qui soigne une fièvre puerpérale, peut sans danger continuer à faire des accouchements, diversement résolue par les auteurs spéciaux, impose en tout cas des précautions particulièrement minutieuses.

Une autre voie de dissémination de l'agent infectieux est l'air atmosphérique, surtout quand il confiné. M. Vibert (du Puy) a insisté sur l'influence pernicieuse des alcôves sur les nouvelles accouchées; il a montré qu'il suffisait souvent d'aérer largement la chambre pour faire disparaître des accidents alarmants, comme si l'air confiné, chargé d'émanations organiques, devenait l'origine directe d'une véritable intoxication par la voie pulmonaire. D'ailleurs, la statistique démontre que la mortalité annuelle par fièvre puerpérale atteint son maximum pendant les mois d'hiver, époque où l'aération des salles d'hôpital est défectueuse, et tombe au minimum pendant l'été et l'automne, alors que les fenêtres restent dans le jour à peu près constamment ouvertes.

Il est vraisemblable que les émanations des fosses d'aisances dans lesquelles sont jetés les liquides des lotions et injections, le placenta et les caillots sanguins, sont parfois des causes d'infection (Bleynie de Limoges).

Enfin, on peut admettre que la voie d'introduction est, non pas toujours la plaie utéro-vaginale, mais aussi la muqueuse pulmonaire; ainsi s'expliquerait la fréquence des broncho-pneumonies chez les nouveau-nés pendant les épidémies de fièvre puerpérale, ainsi que les accidents puerpéraux survenant chez des femmes grosses avant l'accouchement ou même chez des sages-femmes à l'époque menstruelle.

Quant à l'encombrement, il semble qu'il ne crée pas l'épidémie; il la propagerait seulement, en activant la pullulation des ferments septiques et en multipliant les occasions de contagion. Misère physique, morale et sociale, mauvaise hygiène ne sont que des causes prédisposantes, bien que leur influence soit considérable. On a reconnu encore que la mortalité par l'érysipèle atteint son maximum et son minimum aux mêmes saisons que

(1) *Revue des Sciences médicales*, de Hayem, octobre 1882, et janvier 1883.

(2) *La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs.* Thèse 1880.

(3) *Lo Sperimentale.* 1881.

la fièvre puerpérale, que celle-ci a paru être plus fréquente pendant des épidémies de grippe et de pneumonies infectieuses, mais il y a loin de là à admettre une identité d'origine entre ces diverses infections.

II

La septicémie puerpérale peut revêtir des formes cliniques extrêmement nombreuses. Il convient d'en distraire ces manifestations fébriles d'origine traumatique qui relèvent de la contusion des parties molles et peuvent survenir après un accouchement un peu laborieux; elles sont fugaces, point contagieuses.

Mais, d'après Heiberg (1), on peut distinguer quatre groupes de fièvres puerpérales correspondant à des déterminations anatomiques différentes.

Il en est, et ce sont les plus graves, qui revêtent d'emblée le *caractère typhoïde*, sans qu'on puisse constater presque aucune localisation du produit septique; l'organisme se trouve infecté d'emblée en totalité.

Dans d'autres cas, le poison puerpéral porte avec prédilection son action *sur les séreuses* péritonéale, pleurale, péricardique et endocardique, sur les synoviales articulaires, qui deviennent le siège d'épanchements de prime abord purulents.

Un troisième groupe, plus rare, se caractérise par une diarrhée septique et des troubles digestifs qui semblent dénoter que le poison frappe alors *les muqueuses*.

Une dernière forme offre une grande analogie avec *l'infection purulente*, se traduisant comme elle par la dissémination d'infarctus métastatiques dans tous les viscères.

Mais il existe des formes intermédiaires, frustes et atténuées, qui ne paraissent pas, au premier abord, de plus grande conséquence que les manifestations fébriles dépendant de tout traumatisme, mais qu'il importe beaucoup pourtant de reconnaître, parce qu'elles sont infectieuses et peuvent devenir le point de départ d'autres cas plus graves.

Dans ces *cas frustes*, on note au début un frisson peu accusé, survenant de préférence la nuit; le lendemain on constate un peu de tension abdominale, une douleur plus ou moins vive, localisée sur les côtés ou au niveau de l'utérus, bref des symptômes de lymphangite péri-utérine ou de métrite. Les lochies moins abondantes prennent une légère odeur. Ces accidents cèdent parfois très rapidement à un traitement local, irrigations vaginales phéniquées, ventouses scarifiées ou sangsues sur l'abdomen; la fièvre tombe, les malades guérissent; mais, à quelques jours de là, d'autres accidents fébriles plus graves, survenant chez des accouchées voisines, viennent attester la nature infectieuse des premiers.

La *forme franchement péritonitique*, la plus commune de toutes, c'est un frisson violent et unique, suivi d'une douleur intense dans le bas-ventre; la douleur s'étend bientôt à tout l'abdomen qui se ballonne; aux nausées succèdent les vomissements, la constipation ne manque jamais. Cette forme est susceptible de guérir, elle est justiciable du traitement énergiquement antiphlogistique; nous avons vu M. Hervieux, à la Maternité, l'enrayer bien souvent par une application de nombreuses ventouses scarifiées suivie d'un large vésicatoire.

Mais, à côté de cette péritonite franche, se placent *des cas où la douleur est peu accentuée*, quoique le ballonnement du ventre soit excessif, et les vomissements fréquents; la constipation fait place à une diarrhée abondante et fétide d'une grande importance pronostique et clinique. Cette diarrhée atteste qu'à côté de la lésion inflammatoire du péritoine, il y a empoisonnement de l'économie.

Les *formes typhoïdes* de septicémie aiguë diffuse débutent presque toujours le jour même ou le lendemain de l'accouchement; la fièvre s'établit parfois sans frisson initial, sournoisement, la langue se sèche, les lochies se suppriment, les traits se tirent, l'haleine devient fétide, le ventre se ballonne, les garde-robes sont involontaires; en quarante-huit heures, le collapsus est complet, et les malades ne tardent pas à succomber. D'autres fois, il y a prédominance de symptômes thoraciques, dypsnée croissante, râles de congestion pulmonaire et bientôt asphyxie.

Quand la septicémie puerpérale affecte les *allures de l'infection purulente*, le début se fait par un frisson solennel, suivi d'un accès fébrile; pourtant, le lendemain, l'état général peut être en apparence satisfaisant, on peut ne constater qu'une légère tension abdominale, une douleur peu marquée vers l'hypogastre; mais, deux ou trois jours après, nouveaux frissons suivis d'accès fébriles, et, cette fois, dans l'intervalle, le pouls reste plus rapide et la température au-dessus de la normale. Bref, la fièvre est rémittente. L'état général s'aggrave, et, s'il se forme un foyer de pelvi-péritonite suppurée, la collection purulente peut s'ouvrir dans le rectum, le vagin ou la vessie, et amener la cessation de la fièvre, la guérison. Dans le cas contraire, les frissons se répètent; une complication nouvelle, pleurésie ou néphrite, survient, la malade succombe.

La distinction entre cette forme intermittente pyohémique et la malaria est parfois fort difficile, surtout dans certaines conditions géographiques; on a bien dit que le frisson était plus intense et les sueurs plus profuses dans la malaria; mais, bien souvent, l'action du sulfate de quinine, pleinement efficace dans un cas, incertaine dans l'autre, sera le meilleur critérium.

L'albuminurie est fréquente dans la fièvre puerpérale, elle est à peu près constante dans les formes de septicémie diffuse; elle trahit sans doute l'irritation du filtre rénal par le passage du poison qu'il élimine.

III

L'assimilation de la fièvre puerpérale à la septicémie chirurgicale devait légitimement conduire

(1) Die puerperalen processe. Leipsig, 1873.

les accoucheurs à employer, pour la combattre, les moyens que les chirurgiens contemporains ont si heureusement mis en œuvre. Depuis quelques années, la pratique des *injections vaginales et utérines* désinfectantes est devenue la base du traitement prophylactique et curatif de la fièvre puerpérale, comme les pansements antiseptiques se sont substitués aux autres moyens préventifs contre l'infection purulente des opérés. Il y a seulement divergence dans le mode d'emploi. Ainsi certains, à l'exemple de M. le professeur Depaul, pensent que les injections vaginales dans les cas d'endométrite puerpérale, pénètrent parfaitement dans la cavité du col utérin, à cause de la béance de celui-ci. Pour le plus grand nombre des accoucheurs, au contraire, les irrigations vaginales sont insuffisantes, et l'injection doit être pratiquée dans l'utérus lui-même, au moyen d'une canule en gomme élastique ou en caoutchouc, ou d'une sonde à double courant.

Les craintes que l'on pouvait théoriquement concevoir au sujet des accidents que cette pratique aurait pu faire naître, s'effacent devant la statistique des grandes maternités; M. Joanny Rendu consigne dans sa thèse que, sur un total de plus de vingt-cinq mille lavages utérins, on n'a constaté que des accidents insignifiants. Les objections qui avaient été soulevées contre les lavages intra-utérins étaient la possibilité d'injecter du liquide dans le péritoine par les trompes; de provoquer des hémorrhagies; de faire pénétrer de l'air dans les veines utérines et, par suite, dans les cavités cardiaques et les capillaires du poumon; enfin de déterminer la thrombose des sinus utérins par suite de l'introduction dans ceux-ci de liquides coagulants. L'inanité des trois premières objections est aujourd'hui démontrée; la dernière sera toujours écartée si l'on a la précaution de n'employer que des solutions étendues détersives et antiseptiques, et non pas styptiques, ni coagulantes. L'opération sera toujours exempte de dangers si le col de l'utérus est assez dilaté pour permettre la sortie des liquides injectés, si on n'a pas injecté d'air avec le liquide, si l'injection a été poussée lentement et sans violence, si le liquide n'est ni trop caustique, ni trop astringent et si sa température est un peu moins élevée que celle du corps, enfin si l'accoucheur exécute toujours l'injection lui-même et ne la confie jamais à des mains inexpérimentées.

En revanche, les bénéfices obtenus par ces injections sont incontestables. Si on les a pratiquées dès que les lochies sont devenues fétides et que les accidents fébriles se sont montrés, au bout de deux ou trois jours les lochies perdent leur fétidité et la température ne tarde pas à s'abaisser de 40° à 38° et même 37°, après quelques injections; le sommeil revient, des sueurs parfois abondantes sont suivies d'une sensation de bien-être accusée par la malade. Un abaissement de température considérable ne doit pas suffire pour rassurer, tant que les lochies restent odorantes, et que les oscillations thermiques varient beaucoup entre le matin et le soir; il faut une apyrexie persistante de deux ou trois jours et des lochies normales, pour écarter toute crainte de résorption.

Quant à la nature du liquide à employer pour pratiquer les injections vaginales et utérines, elle varie suivant les accoucheurs. Le plus grand nombre préconise les *injections phéniquées à 2 0/0*: uno solution plus concentrée, à 5 0/0, est caustique, et doit être rejetée, car son usage peut être suivi d'accidents nerveux réflexes, dyspnée, convulsions, pouls filiforme, menaces de syncope, ou simplement d'urines noires avec tendance au collapsus, attestant un certain degré d'intoxication phéniquée.

L'acide salicylique, le permanganate de potasse sont aussi très employés; le dernier a l'inconvénient de tacher d'une façon indélébile les linges et les pièces de literie. On a encore utilisé la teinture d'iode et le perchlorure de fer à petites doses.

Mais il faut se garder de croire que l'on a tout fait pour le bien des malades qui présentent des symptômes de puerpérisme infectieux, en désinfectant les liquides utéro-vaginaux; l'expérience des praticiens les plus renommés, nous apprend qu'il faut instituer un traitement à la fois général et local, pour combattre à la fois le poison dans l'organisme où il a pénétré, et ses localisations sur les organes.

Le *traitement général* comprend l'administration des toniques les plus énergiques, l'alcool, l'extrait de quinquina, et des médicaments antiseptiques et antipyrétiques; aucun ne vaut mieux, croyons-nous, que le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour au minimum, et qu'on poussera jusqu'à deux grammes sans inconvénients. M. Siredey emploie l'acide phénique; il fait faire des pilules d'après la formule suivante :

Acide phénique.......	0,10 centigrammes.
Gomme arabique. Poudre de réglisse. Savon.	Q. S.

Pour une pilule. On fait prendre à la malade six à dix pilules par jour suivant l'état de la température.

Comme stimulant dans les cas de puerpérisme adynamique, nous ne saurions trop recommander de petites injections hypodermiques d'éther, faites par quart de seringue de Pravaz et répétées plusieurs fois en vingt-quatre heures.

Quand c'est la forme péritonitique ou métro-péritonitique que l'on voit apparaître, le *traitement local* anti-phlogistique est parfois suivi d'admirables résultats; sangsues ou ventouses scarifiées sur l'abdomen, vésicatoire volant très ample, mais fortement camphré pour éviter tout accident de cantharidisme, onctions avec la pommade mercurielle belladonée, ou application permanente d'un sac de caoutchouc plein de glace pilée sont d'excellents moyens.

Lorsqu'un état nettement saburral de la langue existait, j'ai vu M. Hervieux administrer successivement un émétique et un purgatif salin, et toujours le résultat était favorable.

On devra rechercher aussi à provoquer une

diaphorèse et une diurèse constantes, bien que modérées, afin de hâter l'élimination de l'agent infectieux par tous les émonctoires, sans cependant affaiblir trop l'organisme.

Enfin il faut toujours entretenir une aération active, et, sans exposer bien entendu la malade à des courants d'air, la placer dans une pièce vaste, cubant le plus d'air possible, sans rideaux à son lit, afin qu'elle ne respire pas à nouveau l'air vicié par ses expirations, et l'odeur de ses sécrétions. PAUL GERNE.

P. S. — Un lapsus s'est glissé dans notre dernier article sur l'ergot. Quand nous avons écrit que l'ergotine était soixante fois plus active que la poudre d'ergot, cette phrase s'appliquait au produit dénommé ergotine de Wiggers et non à celui de Bonjean, ainsi que nos lecteurs s'en sont probablement tous aperçus. L'ergotine de Bonjean s'emploie à dose au moins égale et même supérieure à celle de la poudre. P. G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

UNE TOUCHANTE MANIFESTATION.

Le Docteur Festraerts.

Une émouvante cérémonie qui honore autant celui qui en a été l'objet que ceux qui y ont pris part, a eu lieu, le 1er mars, à *Bruxelles*, au Palais de la Bourse.

Il s'agissait d'offrir au Dr *Festraerts* un objet d'art et un banquet, en témoignage de la reconnaissance du *corps médical belge* pour les services innombrables qu'il lui a rendus, pour les luttes incessantes qu'il a soutenues, depuis trente cinq ans, dans le journal le *Scalpel*, en vue du bien de la profession.

Les médecins belges avaient choisi d'éloquents interprètes, pour faire agréer à M. Festraerts l'hommage de leur gratitude, de leur profonde estime.

Il faudrait une page entière pour *énumérer seulement* les actes méritoires accomplis par notre vaillant confrère de Liége, durant cette période de trente-cinq ans. Contentons-nous de citer la part prépondérante qu'il a prise à la constitution de la *Fédération médicale*, de la *Caisse des pensions*, des *unions pharmaceutique* et *vétérinaire*.

Nous sommes heureux de voir, dans le compte rendu de la séance, que M. le Dr Worms, médecin en chef de la Cie du Nord, a eu la bonne fortune de se faire l'interprète du *corps médical français*, en joignant ses chaleureuses félicitations à celles de tous les assistants et en attestant ainsi que la médecine n'a qu'une patrie.

Le héros de cette mémorable journée est un *homme de bien* animé du profond sentiment de la *confraternité*. Quels sont les honneurs, les distinctions qui vaudraient l'imposante manifestation dont il conservera toute sa vie le souvenir ? Puisse-t-elle être longue encore cette existence tout entière vouée au labeur obstiné, à la recherche persévérante du *mieux* pour ses confrères; désormais les déceptions lui seront moins amères, assuré qu'il est dans ses revers, comme dans ses succès, de se sentir en communion d'idées avec tous ceux qui ont à cœur le bien de la profession médicale. A. C.

II

MÉDECINE LÉGALE.

A

Les suites d'une grève médico-légale (1)

On nous écrit de Rambervillers :

« Permettez-moi de vous conter une bien singulière histoire : je débute par en affirmer la véracité absolue, tant elle vous paraîtra invraisemblable.

« J'en suis le héros, ou, si vous le préférez, la victime.

« Je suis docteur en médecine; mais je ne le suis plus guère que de nom; car, à Rambervillers, il est de notoriété publique que je n'exerce plus ; pourtant j'ai commis la naïveté de payer patente ; naïveté dont le fisc, comme vous allez le voir, ne m'a pas su le moindre gré.

« Un jour, mes deux confrères Lardier et Pernet refusent de se rendre à une réquisition du Parquet, pour je ne sais quelle affaire médico-légale; on s'adresse à moi, qui, fort étonné d'une semblable requête, réponds que je ne pratique plus la médecine.

. . . .

« Nous voilà tous les trois traduits en justice de paix : mes deux confrères sont condamnés à *six francs d'amende* ; quant à moi on ne tient nul compte de ce que je n'exerçais plus; pour le tribunal, j'étais un médecin puisque je payais patente : le juge, cependant, voulut bien me gratifier de circonstances atténuantes, et j'obtins *un franc d'amende*.

« Avec leurs six francs, mes confrères pouvaient en appeler au tribunal de première instance à Épinal. Moi, grâce à mes circonstances atténuantes et à mon franc d'amende, il me fallait aller en Cour de cassation. Je m'inclinai et payai amende, frais, etc.

« MM. Lardier et Pernet « en appelèrent à Epinal. » Mais voilà le fisc qui entre en ligne, et qui, abusant de l'inexpérience (bien excusable en telle matière) de mes confrères, se fait payer les frais du jugement frappé d'appel; c'est avec eux que je payais : nous avions été condamnés solidairement.

(1) Voir *Concours médical*, 1883, n° 2.

« MM. Lardier et Pernet ayant, comme je l'ai dit, appelé du jugement, « il fallut le leur signifier ; » sans attendre le résultat de cet appel, ce terrible fisc veut faire solder aux appelants les « frais de signification du jugement. »

« Cette fois, le fisc fut rudement remis à sa place ; alors — ô Escobar ! — on me met en cause, on veut me faire payer sur le refus de mes confrères, « la totalité des frais de signification d'un jugement qui ne m'a pas été signifié, qui ne pouvait l'être, » sous prétexte que MM. Lardier et Pernet et moi nous avons été condamnés solidairement; on veut me faire payer pour Lardier et Pernet les frais d'un jugement qui n'est pas définitif, puisqu'il était frappé d'appel !

« Mais voici où l'invraisemblance devient colossale. MM. Lardier et Pernet gagnent leur procès; ils le gagnent d'une façon aussi complète que possible, plus de frais à leur charge; même ceux que le fisc leur avait indument perçus ! Vous pourriez croire, dès lors, l'affaire terminée; point, elle commence seulement.

« Le fisc découvre que si le jugement est annulé pour Lardier et Pernet, il ne l'est pas pour moi; et comme j'ai été condamné solidairement on veut me faire payer, non *pas le tiers* d'une signification de jugement qui ne m'a jamais été faite, qui ne pouvait m'être faite, *mais la totalité*, c'est-à-dire ce qui incombe à MM. Lardier et Pernet, qui ont été acquittés, déchargés de tous frais!....

« C'est contre vous seul que je demanderai des « poursuites, parce qu'avec vous le fisc a plus de « chance de gagner un procès, MM. Lardier et « Pernet ayant été acquittés ! » A cela je m'étonne, moi naïf; « alors, reprend le fisc, je suis libre de choisir et désigner, je ne dois de compte... etc... »

« On me poursuivra sans doute, et cela, en vertu d'une solidarité inscrite dans un jugement annulé en ce qui concerne Lardier et Pernet : et, au nom de cette solidarité, on voudra me faire payer les frais du *procès gagné* par mes deux confrères.

« Singulière chose que la justice, tout de même, au premier jugement, j'en sors presque innocent ; on me gratifie de circonstances atténuantes, du minimum de l'amende,..

« J'accepte le jugement : je me souciais peu d'aller plaider en Cour de cassation.

« Mes « complices », infiniment plus coupables que moi, peuvent, par le fait de leur culpabilité, en appeler à Epinal : ils gagnent leur procès!

« Et moi — « grâce à mes circonstances atténuantes » — me voilà devenu le seul, le vrai coupable !

« On a renouvelé, à mon égard, la comédie du *Médecin malgré lui*, à cette différence pourtant, qu'au lieu de recevoir des coups de trique comme Sganarelle, le Parquet, plus humain, a voulu me faire pratiquer la médecine à coups d'..... assignations.

« Veuillez agréer, etc.

Dr A. Fournier

Rambervillers, 17 janvier 1883. »

(*Progrès de l'Est.*)

B

Honoraires médico-légaux.

Je vous avais promis quelques réflexions sur divers points de médecine légale, notamment au point de vue des honoraires. Depuis, dans différents articles, le journal le *Concours* a tellement épuisé la matière que je trouverais difficilement à glaner.

Une seule chose m'a frappé en général, dans les réflexions de mes confrères; un certain nombre d'entre eux ont le tort de s'abandonner, de ne pas connaître la loi.

Celle-ci est mauvaise, une réforme est à désirer; mais quelques minimes que soient les honoraires qu'elle vous alloue, c'est un devoir pour vous de les réclamer hautement, dussions-nous les verser pour une œuvre de bienfaisance.

Il m'est arrivé, deux fois, d'avoir à rectifier une erreur du Tribunal civil de Bar-sur-Aube.

Une première fois, j'avais été appelé dans une affaire d'infanticide, envoyée devant la police correctionnelle, à donner des explications au tribunal à l'occasion du fait pour lequel j'avais été requis de faire les constatations. Malgré mes réclamations, on m'avait délivré une taxe de simple témoin 4 fr. (Bar-sur-Aube est distant de Vendeuvre de vingt kilomètres).

A la suite d'une lettre de ma part au Procureur général, ma taxe a été remplacée par une taxe d'expert 13 fr.

Une autre fois, il s'agissait d'un voyage dans les bois, à sept kilomètres de ma résidence, voyage qui a duré de midi à sept heures du soir. Comme le corps du délit (avortement), n'a pu être retrouvé, le Procureur de la République, présent, n'a pas ordonnancé de visite, il était dû seulement les frais de voyage 3 fr. 75. Ces 3 fr. 75 portés par moi à la fin de l'année, sur mon mémoire m'ont été payés; mais, quelque temps après, on m'en a réclamé le remboursement sous prétexte que l'endroit où je m'étais rendu était situé sur le territoire de Vendeuvre. J'ai remboursé, mais j'ai en même temps adressé une réclamation au Procureur général, qui m'a donné gain de cause. Il est vrai qu'il m'a fallu faire un mémoire nouveau en double expédition et que j'ai bien gagné une seconde fois mes 3 fr. 75.

La loi nous donne peu, mais il faut en tirer tout ce qu'elle doit nous donner. Quant à vous mettre en grève, c'est un mauvais moyen, que je ne recommanderais à aucun de nos confrères : une première fois, il y a l'amende; mais les récidives entraîneraient de la prison, et cette perspective n'est pas gaie. Du reste, force restera toujours à la loi. Celle-ci est mauvaise, ne nous lassons pas d'en demander le changement et, en attendant, exigeons d'elle tout ce qu'elle doit donner.

Veuillez agréer, etc. Dr Ch. Vauthier (*de Vendeuvre*).

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

C

Nous félicitons notre confrère d'avoir rencontré un Procureur aussi accommodant, la lettre suivante prouve qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Monsieur le Directeur,

Voici un petit détail au sujet des honoraires médico-légaux, qu'il me semble utile de signaler :

Le 15 octobre dernier, j'étais appelé par le Parquet pour constater des blessures sur la personne d'un habitant de Montfaucon. Le 20 décembre j'envoyais à M. le Procureur de Montmédy, mon mémoire en double s'élevant à la somme de 3 fr. Ce mémoire m'était retourné le 29 décembre. Ce jour-là j'étais absent et, le 30, M. le Receveur faisait son versement à Montmédy. Lorsque je fis présenter mon mémoire le 3 janvier à M. le Receveur, celui-ci me répondit que les frais de justice criminelle se payaient dans l'année où ces frais avaient été faits. Je retournai donc mon mémoire à M. le Procureur, en le priant de me l'ordonnancer à nouveau. Voici ce que M. le Procureur me répond par sa lettre du 5 janvier : « Je vous renvoie votre mémoire en vous informant qu'il ne peut y être apporté aucun changement, le double ayant été adressé à la chancellerie et devant être conforme à l'original. »

Je perdrai donc mes 3 fr. ; c'est peu de chose, il est vrai, mais nous n'avons pas à faire des cadeaux à la justice qui réclame nos services à chaque instant et nous paie vous savez comment.

Agréez, etc. Dr Engel.

D

Un autre de nos confrères nous fait remarquer que, dans quelques cas, il peut y avoir des accommodements.

Monsieur le Directeur,

Un confrère me racontait, aujourd'hui, un fait qui prouve *qu'il est avec la médecine légale des accommodements.*

Un docteur du voisinage, seul dans la localité qu'il habite, est requis un jour pour aller constater un suicide par pendaison, à dix kilomètres de sa résidence. Il répond qu'il ne se dérangera pas à moins de quinze francs. Le juge de paix télégraphie à Grenoble et le Procureur répond que les quinze francs seront alloués. S'il en était partout de même, la circulaire du Dr Cassius deviendrait sans objet.

D'autre part, je crois bien que les médecins légistes, tout en respectant la lettre du tarif de 1811, peuvent trouver moyen de le rendre rémunérateur par le nombre des vacations. La lettre tue, mais l'esprit vivifie.

Veuillez agréer, etc. Dr Boucher.
(*de Voiron*).

E

La réquisition judiciaire des médecins en France et en Angleterre.

Il y a en France d'assez singulières traditions sur les droits des médecins requis. J'ai connu un brigadier de gendarmerie actif, remuant, ayant même une pointe d'ambition. Par malheur, il n'avait guère l'occasion d'exercer ses qualités dans le modeste chef-lieu de canton où le hasard l'avait placé : des procès de lanterne, parfois un délit de chasse, c'était tout ce qu'on eût pu trouver dans les archives de la gendarmerie.

Un beau soir du mois de juin, revenant avec un de ses hommes d'une commune voisine, le brave gendarme faisait d'amères réflexions sur la placide vertu de ses compatriotes et la rareté des crimes. Tout à coup il découvre, dans un champ de seigle, une coulée toute fraîche avec des taches de sang. Notre homme écarte délicatement les épis, arrive à l'extrémité du trajet. Horreur ! il se trouve en présence d'une petite masse charnue et informe..... Pour le coup, il tient sa cause célèbre : avortement criminel, enquête habilement menée, témoignage à la Cour d'assises, félicitations du Président, enfin l'avancement attendu si longtemps ! Le zélé brigadier voyait tout cela comme dans un songe. Il laisse son gendarme en faction, sabre nu, sur le lieu du crime, court chez le médecin qui venait justement de rentrer et lui fait part de sa découverte.

Celui-ci l'écoute d'une oreille distraite ; mais, en présence d'une *réquisition, il n'y avait pas à hésiter*. On attelle et au bout d'une demi-heure on était dans le champ suspect. A peine le docteur tenait-il entre les doigts le *corpus delicti*, qu'un homérique éclat de rire scandalise les deux militaires qui s'apprêtaient à verbaliser.

« Allons, mon ami, dit-il au brigadier, n'ébruitons pas la chose, on s'est moqué de vous et voilà tout. Votre prétendu fœtus n'est qu'une taupe écorchée. »

L'épilogue est moins gai que l'histoire.

Quand le médecin réclama une vacation de six francs, on lui réclama un bon de réquisition qu'il n'avait pas. Il n'obtint, pour sa course de plusieurs kilomètres et sa leçon d'anatomie comparée aux gendarmes, qu'une lettre assez impertinente du procureur impérial, l'informant que sa demande d'honoraires était mal fondée.

En Angleterre on eût payé et bien payé.

Dernièrement, le Dr Arthur Robert écrivait à peu près en ces termes au *Brit. med. journal* : J'ai été requis par un juge de paix pour examiner un individu que l'on supposait atteint d'aliénation mentale, et faire un rapport sur le cas. Que m'est-il dû ? — Deux guinées pour la visite et cinq guinées pour le rapport. » En tout 175 francs ; cela valait mieux sûrement qu'une collection d'autographe du procureur impérial. Voilà un tarif que la plupart des médecins français aimeraient à voir adopter par les magistrats.

Dr Thomas. (*Gaz. hebdomadaire*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

Présentation de deux cas de maladie de Thomsen à la société de médecine de Berlin par M. Westphal. *(Séance du 31 janvier 1883).*

Peu de médecins ont eu l'occasion d'étudier par eux-mêmes la singulière affection dont sont atteints les deux individus présentés; affection des plus curieuses au point de vue pathologique et physiologique, et qui soulève des questions pratiques d'un intérêt de premier ordre. M. Westphal propose de la nommer maladie de Thomsen pour les raisons suivantes: M. Thomsen, médecin à Kappeln (Schleswig-Holstein), en a été atteint ainsi que presque toute sa famille, et le premier, en a donné une description fidèle. On trouve bien, dans la clinique des maladies de la moelle de Leyden, un cas analogue, mais M. Thomsen présente cette maladie comme une entité morbide spéciale, et il est d'autant plus juste de lui laisser son nom, qu'il serait très difficile de trouver pour la désigner, une autre appellation exacte et logique. (1) En Allemagne, on en a publié six observations, qui offrent toutes le même tableau.

En voici les traits principaux.

Dans certaines circonstances données, les mouvements actifs sont arrêtés par suite de la contracture des muscles, et ces circonstances sont les suivantes :

1° Après un repos plus ou moins long des muscles de la jambe, tout d'un coup, en voulant se lever, le malade ressent de la raideur dans les articulations des jambes qui sont devenues tétaniquement immobiles.

2° Après une grande fatigue musculaire, et même après un seul grand effort, par exemple dans la flexion du bras, survient la raideur.

3° Il en est de même après certains mouvements compliqués. Ainsi, l'un des deux individus présentés, éprouve le phénomène en voulant passer son paletot, et l'autre en essayant d'exécuter les mouvements de la danse. Sans aller plus loin, on peut déjà voir que la maladie en question, peut empêcher les jeux de l'enfance et l'étude des instruments de musique.

4° La contracture survient après des impressions inattendues. Le malade en courant, vient-il à frapper avec la pointe du pied contre un petit caillou, par exemple? Aussitôt le pied devient raide, et le patient culbute, quelquefois sans avoir le temps de se préserver avec les bras.

5° M. Thomsen a observé, sur lui-même, qu'en évoquant le phénomène par le souvenir, on peut produire la crampe en réalité. Les deux malades présentés n'offrent point cet intéressant symptôme.

Le froid paraît favoriser l'apparition des contractures; ce sont les mouvements répétés qui les font le mieux disparaître. On réussit presque toujours à imprimer aux membres des mouvements passifs; quelquefois seulement, il survient un certain état de raideur. Tous les muscles soumis à l'innervation spinale peuvent être atteints; les sphincters restent toujours indemnes. Les muscles à innervation encéphalique sont aussi tributaires de cette maladie; ainsi l'un des patients éprouve, en parlant, une certaine raideur de la langue. Quand l'appareil de la vision est frappé, on observe de la difficulté à ouvrir les paupières, de la gêne à tourner les yeux dans des directions variées. Pendant le rire, il survient de la tension dans les muscles de la face, et, durant la mastication, les malades peuvent se trouver dans l'impossibilité de refermer la bouche.

Les muscles, chez les gens atteints, présentent un notable accroissement de volume; certains malades présentent une stature vraiment athlétique; cependant, la force brutale n'est jamais en rapport avec l'hypertrophie musculaire.

L'électricité et les excitations mécaniques produisent les mêmes effets : si l'on frappe le biceps, il se contracte et reste dur jusqu'à la fin de la crampe. La sensibilité à ces excitations mécaniques paraît même augmentée. En répétant les coups, on produit une sorte de tétanos. Par la faradisation, mêmes contractions brusques, et même relâchement tardif.

Les recherches microscopiques n'ont dévoilé aucune altération dans le tissu musculaire. La sensibilité du tégument externe est normale. Cependant les deux malades éprouvent des démangeaisons avec exacerbations sous l'influence du froid. Les réflexes cutanés et les autres réflexes ne présentent rien d'extraordinaire.

L'hérédité joue le principal rôle dans l'étiologie; les familles de tous ceux qui en sont atteints en offrent d'autres exemples; M. Thomsen a pu suivre ainsi la maladie jusqu'au quatrième degré; un seul des cas connus s'est montré isolé et est survenu brusquement. Le même observateur classe cette affection parmi les psychoses (?); d'après M. Westphal, il s'agirait d'une anomalie congénitale de la tonicité musculaire. Comme traitement, on ne connaît rien de satisfaisant; M. Thomsen a usé sur lui et sa famille de toutes les armes de la thérapeutique, sans aucun résultat.

Nous devons considérer la maladie de Thomsen comme très intéressante en pratique. Ainsi le fils de ce médecin levé pour le service militaire, ne put se plier à aucune des exigences des mouvements commandés, on le considéra comme un simulateur, et il fut mis pendant près d'un an en observation dans un hôpital, les médecins méconnaissant absolument la maladie.

Dans la discussion, M. Jacusiel, qui a lui-même observé un des cas connus et publiés, ne reconnaît pas, comme M. Westphal, une anomalie congénitale d'origine nerveuse de la tonicité musculaire. Il croit plutôt avoir affaire à un antagonisme congénital des deux systèmes, nerveux et musculaire, avec prédominance de ce dernier. Le malade qu'il a observé avait des muscles normaux, dont les fibrilles n'offraient rien de particulier. Selon lui, l'occasion de la contracture est tout à fait capricieuse et particulière; et le stimulus augmente avec la résistance, de façon que les patients peuvent cependant accomplir leurs fonctions jusqu'à un certain point. Les muscles dont le développement est extraordinaire ne sont pas assez actifs pour ne pas devenir indolents, ni assez inertes pour s'atrophier. Finalement M. Jacusiel propose d'appeler la maladie « hypertrophie musculaire congénitale. »

Dr FISCHER.

(1) Voir le journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, Mars 1883, qui parle d'un cas analogue, observé par M. Charcot, le cas est rapporté dans les archives de neurologie par MM. Lallet et Marie.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

ASSOCIATION ET SYNDICATS.

Au moment où l'Association des Médecins de la Gironde allait tenir sa réunion annuelle, le journal de médecine de Bordeaux publiait, sous la signature *Otukone*, l'intéressant article que nous avons reproduit. — Le journal de médecine de Bordeaux est incontestablement un des organes médicaux les plus importants du sud-ouest. La haute situation du plus grand nombre des membres de son comité de rédaction lui donne une autorité incontestable et, à ce point de vue, nous avons pensé qu'il serait bon de revenir avec nos lecteurs sur les idées et les tendances qui règnent dans une fraction importante du corps médical bordelais.

Après avoir rappelé les difficultés sans nombre que rencontrèrent, presque à chaque pas, ceux qui, les premiers, voulurent réunir en une vaste fédération les médecins de France, — (l'idée avait pris naissance dans la Gironde, en 1848) — notre confrère constate que, grâce à l'Association, la confraternité ne fut plus un vain mot. La courtoisie, la déférence, le respect des droits d'autrui pénétrèrent plus largement dans nos mœurs. La dignité, la délicatesse et l'honorabilité professionnelles ne furent plus l'apanage de quelques-uns, et devinrent, en quelque sorte, monnaie courante, parmi les membres du corps médical.

Mais l'Association avait inscrit dans son programme trois points principaux : elle devait être une société de secours mutuels en même temps qu'une école de moralisation professionnelle et une institution chargée de soutenir le corps médical dans la revendication de ses droits lésés.

Comme Société de secours mutuels, elle offrait donc un côté financier. Elle a réuni des capitaux considérables, et distribué quelques maigres secours à ses membres tombés dans le malheur, ou à leurs familles pressées par le besoin.

Pouvait-elle faire mieux? A-t-elle réalisé à ce sujet, toutes les espérances qu'avaient mises en elle ses zélés et courageux fondateurs? Fera-t-elle davantage à l'avenir? Je ne veux point, pour le moment, faire l'étude approfondie de ces diverses questions. Je constate qu'elle a fait quelque chose, qu'elle a fait du bien, et beaucoup de bien : cela me suffit.

Comme œuvre de moralisation, il est incontestable qu'elle a rendu des services signalés. Ne suffisait-il pas, pour faire disparaître une grande partie de ces procédés discourtois qu'on reprochait autrefois aux médecins d'employer entre eux, ne suffisait-il pas de les rapprocher de temps à autre, de les mettre en rapport, et de leur rappeler que tous avaient un égal intérêt à se soutenir réciproquement? Le jour où ils se sont connus, ils ont été tout disposés à laisser de côté cet affreuse *invidia* qui était devenue proverbiale, et qui déshonorait la profession la plus noble qui soit au monde.

Et cependant, il manque aux différentes Sociétés agrégées à l'Association générale, un facteur important pour produire tout le bien désirable : nous voulons parler des réunions fréquentes et suivies. Nous avons montré à cette même place, combien les absences étaient nombreuses. Récemment encore, l'honorable président de la société de Toulon, le docteur Chapuis, gourmandait doucement ses confrères du peu de zèle qu'ils mettaient à se rendre aux réunions, et ce n'était que justice, car dix-neuf membres seulement sur cent trente-cinq, avaient répondu à la convocation qui leur avait été adressée. Et cependant, combien chacun de nous gagnerait à voir et à connaître son voisin! Mais les déplacements sont souvent difficiles, onéreux même, et il faut bien excuser ceux que l'éloignement retient dans leurs foyers. Songez donc que, pour assister aux séances, il faut parfois franchir à cheval des espaces considérables, dans des contrées où les voies de communications sont encore à l'état rudimentaire, où les neiges couvrent les chemins, et cachent des précipices qui peuvent vous engloutir. Ce sont les observations que nous présentait naguère un confrère d'une contrée montagneuse, et il avait bien raison. Mais aussi, quel excellent argument, en faveur des petits syndicats où chacun peut facilement rencontrer et connaître son voisin, — ces petits syndicats dont l'honorable M. H. Roger, lui-même, s'est déclaré le chaud partisan!

L'Association générale devait aussi, dans l'esprit de ses fondateurs, être une œuvre de défense professionnelle. Elle devait nous protéger contre les empiètements, les envahissements de toute sorte dont nous sommes chaque jour les victimes! Hélas! combien il a fallu en rabattre, et que d'illusions ont dû s'évanouir. Quand on a voulu s'attaquer au charlatanisme et à l'exercice illégal de la médecine, on a obtenu des condamnations qui ont mortifié les médecins, grandi les charlatans et fait rire le public à nos dépens.

A-t-on voulu provoquer la révision d'une législation surannée, on n'a rencontré qu'indifférence ou bien que paroles dorées qui étaient une façon polie de se débarrasser des sollíciteurs. Je sais bien qu'une commission avait été chargée... Mais, où sont les neiges d'antan?... Et les sociétés de secours mutuels qui, chaque jour, deviennent plus exigeantes à l'égard des médecins, qu'a fait l'Association pour protéger ses membres contre leurs tendances abusives? Encore ici nous ne rencontrons que stérilité et impuissance.

Non, nous ne voulons pas prétendre que rien n'a été tenté; ce serait injuste. Nous voulons simplement constater que rien n'a été obtenu. « Après avoir trempé ses « lèvres dans la coupe de toutes les amertumes, dit « notre confrère, après avoir vu ses indignations se « heurter au sourire indifférent ou dédaigneux des « maîtres du Pouvoir, elle (l'Association) s'est laissée « retomber comme lasse et à jamais découragée. On lui « a fait dire qu'on lui avait octroyé assez de faveurs... « Alors il s'est établi une sorte de conspiration du si« lence, dans nos propres régions, et surtout dans nos « régions supérieures. Le conseil général de Paris s'est « pris de peur, et sa timidité lui a fait un devoir d'é« touffer réglementairement toutes les motions qui lui « paraissaient dangereuses. Le spectre du conseil d'État, « frappant notre œuvre de dissolution, se dresse en tous « lieux devant lui, et cette perspective glace désormais « paralyse son action. » Et plus loin : « L'Association « générale des médecins de France est une grande, bonne « et belle institution, remplie de bons propos et pétrie « du meilleur esprit. Il faut la garder, la soigner, la « faire grandir... » De bonnes intentions! Eh mon Dieu! à quoi cela peut-il bien servir? Dans tous les cas je

constate que c'est absolument insuffisant. Mais soit, gardons-la, soignons-la et faisons-la grandir. Elle a rendu des services, et elle est appelée à en rendre encore de plus grands.

Mais que de choses il reste à faire! que d'améliorations il reste à porter dans la situation matérielle du médecin! Rapports des médecins avec les administrations, avec les pouvoirs publics, avec les sociétés de secours mutuels, avec les clients : partout nous rencontrons des *desiderata*.

Ici notre confrère du journal de médecine de Bordeaux nous paraît complètement tomber dans l'erreur. Je crois que l'étude et la solution de toutes les questions qui se rapportent à ces différents sujets doivent être du domaine des sociétés locales. Il veut bien que l'Association générale reste société de secours mutuels et de prévoyance, et il voudrait que les sociétés locales, qui en sont comme les membres, devinssent des associations militantes poursuivant la répression de tous les abus. Il espère qu'étant plus petites, plus modestes que l'Association générale, elles auront à un moindre degré, le triste privilége d'attirer les regards d'un pouvoir toujours jaloux.

Hélas! très honoré confrère, c'est là une illusion qui serait bientôt dissipée, si les Sociétés locales voulaient sortir du rôle dans lequel elles sont enfermées, comme dans un cercle de fer, par les règlements que le Pouvoir a consenti à approuver. En voulez-vous des preuves? Voyez ce qui s'est passé quand l'Association locale de Senlis (Oise), a voulu se transformer en Association départementale. Parmi les articles de ses statuts, elle avait inscrit celui-ci : « Elle a pour but :

« 1°.....

« 2° De donner aide et protection à ses membres, en « se substituant, dans la personne de son Président et de « son Conseil d'administration, aux confrères associés « pour poursuivre, devant qui de droit les empiriques, « les charlatans, les rebouteurs.... » Eh bien! sur les injonctions de l'autorité préfectorale, ce texte trop précis a dû disparaître, et la Société de l'Oise a dû rester comme les autres, Société de secours mutuels.

Plus récemment un autre fait s'est produit plus probant encore, s'il est possible. On sait que M. Surmay de Saint-Quentin avait émis, au sein de l'Assosiation générale, un vœu tendant à faire rentrer les membres des Sociétés de secours mutuels, dans les rangs des clients ordinaires, ou tout au moins à ne leur accorder que des faveurs bien éloignées de leurs prétentions. Les Sociétés locales avaient été chargées d'examiner ce vœu et de donner leur avis. Je ne sais point ce qui s'est passé ailleurs, mais M. Surmay se charge lui-mêms de nous faire connaître ce qui a eu lieu à Saint-Quentin. « Le gou- « vernement, dit-il, dans une lettre adressée au *Scalpel* « de Liége, est intervenu. Le ministre de l'Intérieur a « *officiellement* avisé la Société locale de St-Quentin et « l'Association générale des médecins de France, que la « question des rapports entre les médecins et les Socié- « tés de secours mutuels était en dehors de l'*Associa- « tion mutuelle* qui est l'unique objet de nos Associa- « tions, et que celles-ci n'avaient plus désormais à s'en « occuper. »

Nous ne pouvons donc pas conclure, comme notre honorable confrère, que c'est dans les Sociétés locales qu'il faut placer le palladium de nos libertés et de nos droits. Nous serions arrêtés au premier pas que nous voudrions faire. Ne comptons pas trop, non plus, sur la révision, si désirable, mais si problématique de la détestable législation qui nous régit. Comptons plutôt sur nous-mêmes et sur nos propres efforts, et, pour cela, unissons-nous, — mais en dehors de nos Sociétés locales auxquelles nous porterions malheur, si nous voulions les transformer en institutions de lutte. Groupons-nous en Syndicats restreints, se mouvant dans leurs limites respectives ; mais pouvant s'entendre, se concerter pour agir collectivement au besoin, et pour le plus grand bien de tous. Notre confrère du journal de médecine de Bordeaux n'est point l'ennemi aveugle et systématique des Syndicats ; il reconnaît qu'ils ont déjà rendu des services, et qu'ils peuvent en rendre de plus grands ; — c'est également notre avis ; — mais il voudrait que les Sociétés locales prissent la direction du mouvement. Nous croyons avoir démontré qu'en agissant de la sorte, les Sociétés ne pourraient rencontrer que déceptions, et que nous n'aurions rien à gagner. C'est donc dans la création de nombreux syndicats que nous devons placer nos espérances. C'est aussi la pensée d'une grande partie du corps médical, puisque dans tous nos départements des projets sont actuellement à l'étude.

Le secrétaire de la Commission des Syndicats,
Ad. BARAT-DULAURIER,
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

II

SYNDICAT DE CORBEIL (*Seine-et-Oise*).

Nous apprenons la constitution du Syndicat de Corbeil qui compte vingt-six adhésions sur les trente médecins de l'arrondissement.

Bureau nommé le 18 mars.

Président : Dr P. BOUCHER, de Corbeil. *Vice-président* : Dr L. de SAINT-MARTIN, de Bis-Orangis. *Secrétaire-Trésorier* : Dr L. PETIT, de Villeneuve-Saint-Georges.

NOUVELLES

Nous sommes heureux d'apprendre que M. le Dr AUDET, notre collaborateur vient d'arriver premier au concours pour les hôpitaux militaires.

— Le 14 novembre dernier, la Commission du budget du Conseil municipal a discuté le projet de service pharmaceutique de nuit présenté par M. le préfet de police. Une boîte de médicaments devait être installée dans chaque poste de police et transportée chez le malade par le gardien de la paix chargé d'accompagner le médecin de service de nuit.

Redoutant des abus préjudiciables aux finances municipales, MM. Levraud et Marsoulan ont proposé l'organisation d'un service pharmaceutique analogue au service médical de nuit. Les malades s'adresseraient à un pharmacien de leur choix parmi ceux qui accepteront le tarif et les conditions officielles. Le remboursement des fournitures aux indigents serait opéré comme celui des honoraires des médecins de nuit.

Cette dernière organisation est préférable assurément. Elle a été adoptée par la Commission, qui, pour en assurer l'exécution, demande au Conseil municipal de voter une première somme de trois mille francs sous la rubrique : secours pharmaceutiques de nuit. Nos édiles parisiens ratifieront sans doute cette proposition humanitaire, et désormais les médecins de nuit auront à leur disposition les agents d'une thérapeutique active, et ne seront plus condamnés, par la misère des clients trop souvent indigents, à la médecine d'expectation forcée. (*Union médicale*).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Paris, typ. deM. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
7 Avril 1883 Organe officiel des Syndicats des Médecins de France 5me Année. — No 14

SOMMAIRE

BULLETIN

Le Directeur et les membres du Comité de direction du *Concours médical* ont tenté un nouvel effort en faveur du projet de *Révision de la législation*. Ils se sont rendus, le 2 avril dernier, chez le nouveau Ministre de l'Instruction publique; M. J. Ferry, comme son prédécesseur, M. Duvaux, a fait le plus gracieux accueil aux délégués du *Concours médical* et leur a affirmé qu'il était animé des meilleures intentions à l'égard des membres du corps médical, et qu'il partageait leurs aspirations au sujet du relèvement général du bien-être et de la dignité professionnels. M. le Ministre a ajouté que les réformes demandées par la Société du *Concours médical* lui paraissaient être parfaitement en rapport avec le courant actuel de l'opinion publique, et pourraient être examinées par le Conseil supérieur de l'Instruction publique, en même temps que le projet de création du grade de docteur ès-sciences médicales et le projet de réforme sur la pharmacie. — Le malheur est que le Ministre actuel de l'Instruction publique est en même temps Président du Conseil et qu'il a, par conséquent, de nombreuses et importantes occupations qui pourraient bien lui faire oublier le corps médical et ses revendications législatives: c'est donc aux médecins qui, eux, ont de bonnes raisons pour ne pas oublier ces revendications, qu'il appartient de créer, en faveur des réformes dont ils désirent tous l'application, une *légitime agitation* qui force un peu la main au Gouvernement et sollicite ainsi, de sa part, une intervention plus rapide. Ce sera, nous l'espérons, l'œuvre des Syndicats médicaux, qui doivent avoir une action prépondérante dans ce mouvement professionnel.

Au moment où nous écrivons ce Bulletin, nous recevons l'*Union médicale* et la *France médicale* qui nous apportent des nouvelles toutes fraîches de l'Association générale des médecins de France. Nous laisserons donc les microbes en repos, pour parler un peu de nos affaires.

Cette dernière réunion de l'Association générale à Paris a été, paraît-il, plus brillante encore que les précédentes, et son éminent Président, M. H. Roger s'est, plus heureusement que jamais, inspiré des sentiments généreux de confraternité et de charité qu'il porte au fond de son cœur: aussi, il lui a suffi de quelques mots pour toucher et transporter son auditoire, pour soulever les applaudissements les plus enthousiastes. Le *Concours médical* est heureux de s'associer à ces témoignages de la juste reconnaissance que le corps médical doit à M. H. Roger pour les bienfaits de toute sorte dont il a comblé l'Association générale.

Nous n'avons pas sous les yeux les discours qui ont été prononcés en cette occasion: lorsqu'ils auront été publiés, un de nos colloborateurs ne manquera pas d'en entretenir plus longuement nos lecteurs. Du compte-rendu publié par l'*Union médicale*, et dû à la plume de M. Maximin Legrand, nous recueillerons seulement cette phrase qui nous paraît pleine d'enseignements: « Le seul changement à signaler dans les tendances générales de l'Association porterait sur l'abandon de la répression de l'exercice illégal de la médecine. On parlait beaucoup, dans les premières

années, de ces agissements, considérés comme contraires aux intérêts professionnels. Ils ne sont pas moins fréquents aujourd'hui, et l'on n'en parle presque plus. L'Association paraît avoir renoncé, de guerre lasse, à son rôle protecteur.

« Elle n'est, et ne veut plus être qu'une société mutuelle de bienfaisance et de retraite. Elle y excelle, c'est vrai, et tous nous y applaudissons. »

— Oui, nous applaudissons tous au succès de l'Association générale; mais si cette tendance dont parle M. Maximin Legrand est bien réelle, si effectivement l'Association générale cherche à se renfermer dans ses attributions de société de secours mutuels, ce n'est pas qu'elle déserte le combat par lassitude, c'est qu'elle sent naître à ses côtés une institution nouvelle, bien plus apte qu'elle-même à combattre l'exercice illégal, et, pour tout dire en un mot, à soutenir le médecin dans « la lutte pour la vie, » une institution sur laquelle elle peut en effet se reposer pour la protection des intérêts de notre profession: nous voulons parler des SYNDICATS.

Il nous semble que les hauts titulaires de l'Association ont un peu changé d'attitude vis-à-vis de cette institution. On se rappelle que l'année dernière, à pareille époque, M. Martineau avait professé à l'égard des Syndicats des sentiments qui n'étaient pas précisément tendres: il voyait en eux toute espèce d'inconvénients et pas la moindre utilité ! Désormais, c'en était fait de l'indépendance des imprudents médecins qui entraient dans un Syndicat: ils demeuraient soumis à la plus abominable des servitudes ! On sait qu'en effet les membres d'un même syndicat s'engagent d'honneur à entretenir les meilleurs rapports avec leurs confrères; à ne pas supporter, sans mot dire, les mille vexations auxquelles notre profession est si souvent en butte; à se laisser duper le moins possible par l'administration, les sociétés, ou même les simples clients. Evidemment l'indépendance du médecin disparaît devant de si terribles engagements. Mais M. Martineau n'exprimait ainsi, paraît-il, qu'une opinion personnelle, tandis que les paroles prononcées par le nouveau Secrétaire général, M. Foville, traduisent l'opinion générale du Bureau de l'Association: c'est du moins ce qui nous a été affirmé en haut lieu, et nous n'avons aucune raison pour en douter. Désormais l'Association n'est plus l'ennemie des Syndicats, et il ne lui déplaît nullement de les voir se fonder et croître à ses côtés. Voici d'ailleurs quelques-uns des développements que M. Foville a consacrés à ce sujet. Après s'être étendu sur les services rendus par l'Association, il ajoute:

« Sans doute, on doit désirer mieux encore, mais croit-on qu'il n'y ait qu'à se réunir sous un nouveau nom et à annoncer des intentions franchement militantes, pour obtenir des résultats beaucoup plus satisfaisants ?

« Croit-on que le fait de se grouper, en prenant le titre de syndicat, suffira pour faire disparaître les clients réfractaires et les concurrents déloyaux, pour rendre toutes les administrations généreuses, et assurer toujours aux médecins une rémunération large et égale ? » — Non la réunion des médecins en syndicats locaux ne suffit pas pour faire disparaître comme par enchantement toutes les difficultés de la profession, mais elle contribue, dans une large mesure, à améliorer le sort du médecin: sur ce point, il suffirait d'interroger tous les confrères syndiqués.

« Aucune loi n'a été votée, et l'incertitude la plus grande règne encore sur ce qui pourra être, dans quelque temps, légal ou illégal en pareil matière. Jusque-là, les syndicats n'existent que par tolérance, sans aucune consécration officielle. » — On répète sans cesse que l'existence des syndicats est illégale: c'est une erreur reposant sur une confusion de mots. Certainement les syndicats actuels n'ont pas d'existence légale, mais leur existence n'est pas pour cela illégale, car ce que la loi ne défend pas, elle le permet; or, nous ne connaissons pas de loi qui défende d'organiser des syndicats: on ne peut donc pas ne pas les tolérer, et s'ils ne sont pas officiels, ils n'en sont pas moins utiles.

« Nous n'avons donc pas à changer l'attitude que nous avons prise à leur égard, celle de l'expectation. » — Il paraît, en effet, comme nous l'avons dit plus haut, que jamais l'Association n'a été hostile aux syndicats. Cependant, nous n'hésitons pas à le déclarer, nous préférons l'expectation, — c'est-à-dire l'incertitude, la neutralité, — dont parle l'honorable M. Foville, aux sentiments franchement antipathiques de M. Martineau qui, lui, faisait, pour le moins, de l'expectation... *armée*, comme dirait M. Dujardin-Beaumetz.

« Il est évident que si, dans les assemblées locales, il se manifestait un courant d'idées général et à peu près unanime, soit en faveur des syndicats, soit contre eux, ce courant dicterait au Conseil général, qui est l'émanation de toutes les Sociétés réunies, la ligne de conduite qu'il aurait à suivre. Mais rien qui ressemble à ce courant unanime ne peut être découvert dans les rapports des Sociétés locales; on y rencontre, au contraire, des appréciations fort opposées.....

« D'ailleurs, parmi les syndicats existants, il y

en a qui imposent à tous leurs membres l'obligation d'honneur de faire partie de l'Association générale, et qui stipulent qu'en cas de dissolution, les fonds restant disponibles seront versés dans notre caisse de retraites. Ceux-là, à coup sûr, ne peuvent pas être considérés comme nos antagonistes; il serait plus juste de dire que déjà, ils ne font qu'un avec nous. »

Les syndicats ont raison d'engager les médecins à entrer dans l'Association générale; ils auraient tort de les y contraindre, car nous pensons, avec M. Martineau, qu'il faut avant tout, respecter la liberté de chacun; mais nous constatons avec plaisir que l'Association générale n'est pas indifférente aux avances que lui font les syndicats: évidemment, on aurait mauvaise grâce à se déclarer l'ennemi irréconciliable des gens qui vous désignent comme leur héritier, dans le cas où ils viendraient à mourir prématurément. M. Foville est plus généreux, car il conclut, en somme, que les médecins sont bien libres de se syndiquer ou de ne pas se syndiquer, suivant qu'ils y trouvent avantage ou non, et c'est là qu'est la vérité.

Notre honorable confrère veut bien ajouter, et nous nous empressons d'enregistrer sa déclaration, que le programme proposé aux syndicats par M. Barat-Dulaurier, au nom du *Concours médical*, lui paraît, en tous points, digne d'éloges et repose sur des « *principes qui sont précisément ceux qui dirigent l'Association.* »

En résumé, nous devons nous déclarer satisfaits: l'idée des syndicats a fait un grand pas en avant; non seulement on ne la combat plus, mais on déclare qu'on ne l'a jamais combattue; en un mot, on commence à compter avec elle. Le *Concours médical* est heureux de constater ce progrès très accentué, et il en rend hommage au nouveau Secrétaire général, et à l'éminent Président de l'Association; il n'attendait pas moins de leur esprit large et pratique qui ne pouvait rester fermé à rien de ce qui intéresse la profession médicale. Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Étude sur les classifications, l'étiologie et la pathogénie des maladies de la peau. Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

PAR LE Dr ARMAND RIZAT. (*Suite et fin.*) (1)

Pronostic

Dans le pronostic des maladies de la peau, il faut toujours tenir compte de la constitution du malade sur lequel elles se développent; que la dermatose soit d'ordre *névropathique* ou *parasitaire*. Je ne parle pas, bien entendu, des manifestations cutanées qui ne sont que symptomatiques d'un état morbide grave, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole. Dans cet ordre de maladies de la peau, toute intervention thérapeutique dirigée contre la lésion cutanée est inutile et doit faire place à la médication générale. Je ne m'y arrêterai donc pas, ces maladies étant du domaine de la pathologie interne; je prendrai seulement les maladies de la peau proprement dites.

D'une façon générale, le pronostic des maladies de la peau n'est pas grave. Ce qui le rend sérieux, c'est la constitution du sujet sur lequel elles se développent. On doit, cependant, faire une réserve pour les dermatoses qui, par leur durée, leurs récidives fréquentes et leur état permanent, constituent une gravité spéciale, non pas à cause de leurs manifestations, mais par l'effet qu'elles produisent sur le moral des malades; au nombre de celles-ci je citerai le psoriasis, l'eczéma, l'urticaire et l'herpès, soit des lèvres, soit des organes génitaux. Quant aux maladies éruptives causées par des parasites animaux, acarus ou poux de corps, elles ne deviennent graves que lorsqu'elles sont méconnues, ou lorsque les malades ne se soignent pas, soit par ignorance de leur état, soit par insouciance. Dans ces conditions, les démangeaisons qu'elles provoquent empêchent le sommeil, par suite l'appétit se perd, et la cachexie arrive. Tous ces accidents si graves sont rares cependant, et il faut, pour qu'ils se présentent, le concours de circonstances tout à fait exceptionnelles.

Sans tenir compte de la nature de l'éruption, la constitution du sujet joue un très grand rôle dans la durée de la maladie. En outre, l'âge, le sexe, l'hérédité, le développement de la dermatose dans le cours ou à la suite d'un maladie grave, sont des éléments capables dans un certain nombre de cas, d'aggraver le pronostic. Il en est de même de la syphilis: chez les individus faibles, débiles, très âgés, elle est souvent très grave; tandis que, chez des individus robustes, elle passe, pour ainsi dire, inaperçue. Néanmoins on a vu des hommes fortement constitués, placés dans les meilleures conditions hygiéniques, être beaucoup plus sérieusement atteints que d'autres malades plus faibles, à degré égal de lésion cutanée. Aussi ne doit-on jamais pronostiquer l'évolution future de la syphilis d'après la forme et la durée des accidents primitifs ou secondaires, on s'exposerait à de cruels mécomptes. Des chancres phagédéniques sont suivis d'accidents secondaires très bénins, et les malades ne voient plus rien survenir; ces malades n'en sont pas moins syphilitiques et exposés, dans la suite, à voir survenir des accidents tertiaires; car la syphilis est une *diathèse acquise* qui prend possesion de l'économie, comme la diathèse goutteuse et la diathèse rhumatismale; et les malades sont syphilitiques, commme d'autres sont goutteux ou rhumatisants. Ce qui justifie

(1) V. *Conc. méd.* 1882 nos 49 et suiv. 1883, no 9.

l'opinion que d'autres médecins, et moi-même, ont avancée : que la syphilis est une maladie *incurable*. On guérit les accidents, on ne peut pas guérir la syphlilis ; tandis que des chancres à l'aspect aussi humble, aussi modeste que possible, sont quelque fois le prélude de syphilis excessivement grave à marche rapide, foudroyante même, de cette sorte de syphilis appelée *syphilis maligne précoce*, dans laquelle on voit survenir des accidents nerveux, des exostoses, des gommes, dès l'éclosion de la roséole.

Traitement.

J'ai dit que, dans le pronostic des maladies de la peau, il fallait tenir compte de la constitution des malades ; dans le traitement c'est plus qu'une indication, c'est une règle absolue. Dans un très grand nombre de cas, on doit commencer par relever l'état général avant de tenter toute espèce de médication.

Je ne passerai pas en revue tous les traitements qui ont été proposés dans les maladies de la peau ; je vais seulement indiquer les principaux médicaments qui permettent d'attaquer immédiatement une dermatose. Nous avons l'*arsenic*, le *mercure*, l'*iode* et les *iodures*, le *fer*, l'*huile de foie de morue*, les *purgatifs légers* ; — puis comme médication externe les *bains*, les *lotions*, les *fumigations*, les *applications topiques* ; et enfin un procédé chirurgical employé dans des cas spéciaux : les *scarifications linéaires*.

L'arsenic sous ses diverses formes : arséniate de soude, arséniate de potasse, arséniate de fer, arséniate de quinine, convient dans un grand nombre de maladies de la peau de nature herpétique ou dartreuse : eczéma, lichen, strophulus, prurigo, herpès, etc. Dans l'eczéma, dans le lichen, dans le psoriasis, c'est à l'arséniate de soude, (10 centigrammes pour 300 gr. d'eau), ou à l'arséniate de potasse (liqueur de Fowler, par gouttes, de cinq à vingt gouttes par jour), qu'on donne la préférence. Cependant, il est utile de ne commencer le traitement arsénical qu'après avoir donné pendant quelques jours et tous les matins à jeun, soit un verre d'eau purgative, soit une ou deux tasses de tisane de pensées sauvages (10 grammes) et follicules de sené (4 grammes).

Dernièrement j'ai eu occasion de soigner deux petits enfants atteints de strophulus, et j'ai obtenu de bons résultats avec des pilules d'arséniate de quinine d'un demi-milligramme (de deux à quatre par jour).

Le même médicament m'a donné de bons effets dans un cas d'herpès chronique siégeant à la lèvre inférieure, mais principalement à la face interne, chez un adulte ; seulement les pilules étaient formulées ainsi : arséniate de soude, 0,005 millig., sulfate de quinine 0,01 centig. par pilule.

Le mercure s'administre sous forme métallique éteinte : pilules de Sédillot, pilules bleues ; mais on préfère généralement les sels, proto-iodure, bi-chlorure, bi-iodure. Le proto-chlorure est plutôt employé comme évacuant. Dans les premières périodes de la syphilis, c'est le proto-iodure ou le bi-chlorure (Sublimé) que l'on emploie sous forme pilulaire ; le bi-chlorure dissous dans de l'eau distillée (au millième), constitue la liqueur de Van-Swieten. Je donne la préférence aux pilules de bi-chlorure, celles au proto-iodure ayant l'inconvénient de provoquer de la diarrhée. Le bi-iodure se prescrit associé à l'iodure de potassium, entre dans la composition des sirops de Boutigny et de Gibert. Ce traitement est employé dans les syphilides papulo ou tuberculo-ulcéreuses.

Depuis quelques années, on administre le mercure par voie hypodermique, procédé qui était tombé en désuétude. On se sert alors du peptone mercurique ammoniaque, (Terrillon, Martineau). M. le Dr Abadie m'a dit avoir obtenu avec ce médicament, dans le traitement des maladies des yeux, des résultats merveilleux, là où toute autre médication mercurielle avait complètement échoué.

Le professeur Heinrich Köbner a employé la liqueur de Fowler en injections sous-cutanées dans un cas de lichen planus rebelle, (Voir *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1882. P. 193 et *Concours médical* 82, page 372). J'ai employé ce procédé chez un malade atteint de cette même affection et la guérison a été très prompte ; la dose est de 26 centigr. chaque fois.

Les bains d'amidon et les bains sulfureux sont le plus généralement employés.

Il est cependant des maladies dans lesquelles on ne doit *jamais* en prescrire : ce sont, tout particulièrement, l'*urticaire*, le *zona* ou *herpès zoster*, le *pemphigus à petites bulles* et le *pemphigus foliacé*.

Dans l'eczéma, les bains d'amidon seuls doivent être employés : *jamais de bains sulfureux*. Quand l'eczéma siège sur les bras ou sur les mains, on peut ordonner des bains de décoction de farine de graine de lin fraîchement pulvérisée ; dans le lichen également.

Dans les syphilides, les bains de sublimé, 20 gr. pour 120 gr. d'eau, sont indiqués, à défaut les bains sulfureux.

Souvent les malades demandent des dépuratifs ; « sans dépuratifs cela ne va jamais bien ; » on doit réagir contre cette idée si fortement ancrée dans l'esprit des gens du monde, et leur persuader que le meilleur dépuratif c'est le traitement lui-même, en ayant soin de s'abstenir d'une nourriture trop excitante ou trop épicée, et par-dessus tout d'observer scrupuleusement les règles d'une bonne hygiène.

II

DE LA CONGESTION PULMONAIRE CHEZ LES ENFANTS.

Par le Dr Séjournet.

Il est, chez les enfants, une maladie très curieuse à étudier, que pour ma part, j'ai occasion d'observer très fréquemment, et dont M. Cadet

de Gassicourt a fait l'objet de remarquables leçons cliniques (1) : je veux parler de la congestion pulmonaire aiguë.

Je puis dire que je ne me suis fait une idée bien nette de la congestion pulmonaire des enfants qu'après la lecture du livre de M. Cadet de Gassicourt. Avant lui, cette maladie n'a pas été nettement définie par les auteurs, qui en ont donné une description assez confuse, et permettant à peine de s'en faire une idée exacte. On peut donc dire que M. Cadet de Gassicourt a révélé la congestion pulmonaire. Il l'a dégagée des obscurités dont elle était enveloppé, en lui esquissant une physionomie distincte, en lui reconnaissant une manière d'être spéciale qui ne permet plus la confusion avec des maladies voisines et à symptômes semblables : la pneumonie et la broncho-pneumonie. Car, pendant longtemps, la congestien pulmonaire a été prise pour une pneumonie, souvent pour une pneumonie abortive ; ou plutôt, ces maladies, si différentes, ont été confondues dans le nom assez vague de fluxion de poitrine. En tout cas, en appelant fluxion de poitrine la congestion pulmonaire on ne se trompe guère, puisque fluxions et congestions peuvent être ici considérées comme synonimes, et même ce terme de fluxion serait mieux appliqué à la congestion qu'à la pneumonie qui est plus que cela.

Si la congestion pulmonaire est quelquefois une maladie essentielle, idiopathique, elle peut aussi souvent être considérée comme complication ou comme élément morbide.

Elle est souvent une complication de la bronchite et de la pneumonie, et toujours un des éléments constituants de la broncho-pneumonie.

C'est lorsque la congestion pulmonaire aiguë est idiopathique, qu'elle peut le plus facilement être confondue avec la pneumonie franche. Les symptômes de début sont à peu près les mêmes.

Dans trois cas, j'ai noté des convulsions éclatant le premier jour ; la congestion pulmonaire était reconnue deux ou trois jours plus tard. Dans un de ces cas, le malade, un enfant de trois ans, eut des convulsions pendant trois jours, avec raideur de la nuque, strabisme, cris, vomissements, constipation, de sorte que je restai dans l'anxiété jusqu'au moment où je pus constater le souffle de la congestion pulmonaire Quatre jours plus tard l'enfant était guéri. Ce cas pourrait être considéré comme une observation de congestion pulmonaire à forme cérébrale éclamptique.

Dans deux autres cas, j'ai observé des épistaxis comme signe de début.

Quelquefois le petit malade, au moment de l'invasion, est pris de vomissements, ou il accuse une douleur de côté, quand il est en âge de pouvoir le faire.

Très souvent encore l'enfant se plaint d'une sensation de froid, qui, dans mes observations, va rarement jusqu'au frisson.

La toux est aussi un symptôme réflexe du début de la maladie. Lorsque l'expectoration est possible chez le petit malade, il n'est pas rare que ses crachats soient rouillés ou sanguinolents.

Quelquefois il est pris de délire, toujours il est grognon, abattu ou plongé dans une somnolence qui épouvante les parents. En même temps la fièvre apparaît, le corps est brûlant, le pouls est rapide et peut aller jusqu'à cent cinquante pulsations. On remarque de la dyspnée ; les inspirations sont fréquentes, les ailes du nez battent et c'est là un bon symptôme en cas d'absence des signes stéthoscopiques.

A cette symptomatologie se joignent des signes d'embarras gastrique : La langue est chargée ; je l'ai vue, une fois sèche et fuligineuse comme dans un état typhoïde. Un signe auquel il bon de prêter attention, c'est le froid aux pieds, quand la tête est chaude et le corps est brûlant.

Un ou deux jours après le début, dans la plupart des cas, on peut percevoir les signes physiques fournis par la percussion et l'auscultation ; de la submatité, de la matité, des râles, du souffle tubaire ou une respiration seulement soufflante, (1) « le retentissement du cri, de la toux et de la « voix qui peut être manifestement chevrotante, » rarement de la bronchophonie.

Souvent la congestion pulmonaire n'est révélée, à son début, ou quand elle siège dans la profondeur du poumon, que par un léger chevrotement de la voix ou le retentissement aigu du cri, car la respiration n'est pas toujours soufflante, elle peut n'avoir que le caractère puérile ; aussi, quand je ne suis pas sûr du souffle, je n'hésite pas à pincer le petit malade pour lui faire pousser un cri dont le *timbre chevrotant est un bon signe.*

Un des caractères sur lesquels M. Cadet de Gassicourt s'appuye pour reconnaître la congestion pulmonaire est tiré de la courbe thermometrique.

J'ai moi-même constaté souvent, chez mes petits malades, une température de 40° dans la période d'état. La courbe thermométrique, la percussion et l'auscultation sont les trois moyens d'exploration « dont on peut déduire les notions de durée « et de mobilité, les plus importantes de toutes », car « la solution que, ni la qualité du son, ni « l'intensité du souffle, ni l'élévation de la tempé- « rature ne sauraient donner, nous la trouvons « dans les changements rapides qu'accusent ces « moyens d'exploration physique, c'est-à-dire dans « la marche même de la congestion. La percussion, « l'auscultation, le thermomètre nous révèlent « cette marche et résolvent le problème, en nous « permettant d'apprécier ses deux données capi- « tales : *la brièveté et la mobilité.*

« Ce sont là, en effet, les deux caractères qui « permettent de reconnaître partout et toujours « la congestion : Ce sont les seuls qui lui appar- « tiennent en propre. Ils sont même tellement « pathognomoniques, qu'ils suffisent au diagnostic « d'une congestion pulmonaire qui ne révèlent ni « l'auscultation ni la percussion (2). »

En effet la congestion pulmonaire est d'une mobilité surprenante, vous êtes appelé auprès

(1) Traité clinique des maladies de l'enfance, — Tome Ier.

(1) Cadet de Gassicourt, (loc. cit).
(2). Loc. citato. Tome Ier, p. 7 et 8.

d'un enfant malade; vous constatez du souffle à droite ou à gauche, vous revoyez le même malade le lendemain, et vous ne trouvez plus rien ; la respiration est normale.

Il est dit plus haut que la congestion peut se reconnaître à la courbe seule de la température, en dehors même des signes fournis par la percussion et l'auscultation. En effet, la congestion n'est pas toujours saisissable; elle peut échapper à la percussion et à l'oreille: la température alors en révèlera l'existence. J'ai vu, en 1881, un enfant qui ne présentait aucun signe appréciable de maladie connue; il était abattu, somnolent; il avait la peau brûlante et le pouls très fréquent: le thermomètre marquait 39°6. La respiration était accélérée, les ailes du nez battantes.

Je n'hésitai pas à diagnostiquer quand même une congestion pulmonaire et je fis mettre un vésicatoire entre les épaules. Le matin du quatrième jour, la peau était fraîche, le pouls normal; l'enfant avait repris sa gaité et le goût du jeu : il était guéri.

La congestion peut donc ne pas se manifester extérieurement et rester inaccessible à nos moyens d'investigation.

Les signes rationnels, la notion de température, une respiration obscure, à murmure vésiculaire affaibli ou diminué, suffisent pour asseoir le diagnostic, de même qu'ils font présager la congestion dès son début.

Comme je l'ai dit, le souffle de la congestion peut n'être perceptible que pendant vingt-quatre heures.

C'est là le premier des symptômes pathognomoniques établi par M. Cadet de Gassicourt, la brièveté; le second est la mobilité : en effet, l'hypérhémie pulmonaire se déplace d'un jour à l'autre, allant de droite à gauche, et de haut en bas, allumant à chaque poussée le feu dans les poumons et la fièvre dans l'organisme. Aussi chaque coup de congestion est-il accusé par une élévation du thermomètre.

Ces fluxions brèves et mobiles ne sont-elles pas la meilleure preuve de la congestion aiguë? Elles suffisent, en tout cas, à faire rejeter l'idée d'une pneumonie abortive, si, au premier abord, on avait eu des doutes. Ce sont ces poussées successives voyageant dans les deux poumons ou du haut en bas, du même côté, qui prolongent la maladie et la font durer plus ou moins longtemps. Pour M. de Gassicourt, la durée ne se prolonge pas au-delà de trois jours et demi à quatre jours. Pour ma part, j'ai vu l'hypérhémie pulmonaire durer cinq et six jours; mais, dans ces observations, la congestion avait frappé plusieurs coups successifs. Quand elle est restée localisée, elle n'a pas dépassé trois jours ou trois jours et demi de durée. D'un autre côté, comme je l'ai déjà dit, on peut ne percevoir le souffle que pendant vingt-quatre heures, mais la disparition rapide du souffle ne prouve pas en faveur d'une durée aussi courte dans l'évolution de la maladie, car nous avons vu aussi que la congestion peut rester latente et ne se manifester par aucun signe bien tranché.

Dans les cas où les signes stéthoscopiques sont bien accusés, jai observé généralement que la disparition du souffle suivait de très près la chute de la fièvre. Le plus souvent vingt-quatre heures après la défervescence, tout signe avait disparu.

Mais il arrive que des rechutes se produisent; j'ai observé le fait assez souvent: la congestion une fois disparue et la fièvre éteinte, tout paraît fini, le malade est convalescent; on prend moins de précautions autour de lui; on lui permet de manger, malgré la défense du médecin, et, au bout de deux ou trois jours, l'hypérhémie qui couvait, comme le feu sous la cendre, se ravive et ranime la fièvre. L'enfant retombe malade et la maladie dure, en fin de compte, dix et douze jours.

Une maladie qui dure quatre et cinq jours, six et sept jours, quand il y a eu des redoublements et des déplacements successifs; dix jours, en cas de rechute, ne peut pas être confondue avec une pneumonie franche. Serait-ce une pneumonie qui a avorté? Non plus. Car dans la plupart des cas, l'enfant qui a subi plusieurs poussées successives, aurait donc eu, comme le fait remarquer M. de Gassicourt, plusieurs pneumonies abortives.

Ce n'est pas une pneumonie franche, malgré la ressemblance souvent frappante des symptômes, à cause de son peu de durée et de sa mobilité. Une pneumonie n'évolue pas en trois jours et demi, ni en six ou sept jours, en frappant de droite et de gauche. Du reste comme le dit très bien l'éminent médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, la congestion, même redoublée, en comprenant la période fébrile et la résolution qui suit, dure huit jours au plus, et une pneumonie franche qui évolue en huit jours, est une rare exception.

La congestion pulmonaire aiguë est rarement funeste, et, pour ma part, je n'ai observé que des cas heureux. La bénignité de cette maladie n'est plus la même quand elle complique une bronchite. ou quand elle contribue de concert avec la bronchite elle-même, à produire la broncho-pneumonie.

La congestion, en effet, intervient souvent comme complication dans le cours d'une bronchite (je ne l'ai pas encore observée dans la pneumonie franche). Je trouve dans mes observations des cas de bronchite datant de sept, huit et douze jours et s'aggravant soudainement par l'invasion d'un congestion pulmonaire. Cette hypérémie venant s'ajouter à la bronchite est bien plus sévère et plus grave que la congestion idiopathique : elle surprend un enfant déjà fatigué par la toux et la dyspnée, affaibli par la diète et la maladie; et si quelquefois elle disparaît vite, ce qui, heureusement, arrive le plus fréquemment, dans quelques cas aussi elle s'installe victorieuse et ne quitte pas la place.

Du reste, si la congestion est alors si tenace, c'est que, comme je l'ai dit plus haut, elle s'attaque à un malade fatigué, épuisé même, et, il faut ajouter aussi : c'est que la bronchite est devenue plus grave, c'est-à-dire capillaire. Alors la broncho-pneumonie se trouve constituée et l'état du malade est bien compromis. *(A suivre).*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Exercice illégal

L'affaire Monastério, dont les débats viennent de finir à la 10e chambre, est pour nous tous grosse d'enseignements. Très peu de médecins consentiraient à délivrer, à première vue, après une seule visite, et fort courte comme on sait, un certificat d'aliénation mentale. Si donc on fait un procès aux signataires d'un pareil certificat, ne nous en étonnons pas, car leur conduite pouvait donner lieu à des interprétations très fâcheuses.

Mais que penser de cette partie du réquisitoire du ministère public, qui demande l'indulgence des juges pour le sieur R. ex-aide major, et médecin de la *Faculté Catholique* de Louvain ? Ainsi, voilà un homme, qui exerce la médecine avec un titre n'ayant aucune valeur en France, qui délivre un certificat de la portée la plus haute, et le mot d'exercice illégal n'est même pas prononcé par monsieur le substitut. Et c'est précisément des deux signataires celui pour lequel il réclame l'indulgence ! Jamais, croyons-nous, il ne s'est présenté une plus belle occasion, et plus publique, de sévir contre l'exercice illégal. Le docteur P. pouvait être dans son rôle, et sa conviction pouvait être absolue; mais de quel droit le sieur R. signait-il la pièce en question, et quelle valeur cette signature pouvait-elle avoir aux yeux du directeur de la maison de la rue Picpus ? Nous sommes obligé de croire que le très honorable docteur G. considérait le titre du sieur R. comme absolument légal. Mais monsieur le substitut sait, n'en doutons pas, que Louvain est en Belgique, et ne peut non plus ignorer qu'il y a des lois qui régissent la matière. A moins, toutefois, que ce ne soit plus exercer la médecine que de constater par écrit l'état mental de quelqu'un et de faire ainsi un acte qui autant que n'importe quel autre, engage la responsabilité médicale.

Il est plus que temps que nous nous défendions nous-mêmes. Cette affaire rapprochée de tant d'autres nous prouve encore une fois que si l'on se sert volontiers des lois qui sont faites contre nous, on oublie avec la plus grande désinvolture qu'il en est qui protègent l'exercice de notre profession.

II

Médecine des indigents et tarifs d'honoraires.

L'Association des médecins du département de la Somme, s'est réunie en assemblée générale le 13 janvier dernier, sous la présidence de M. Lenoël : quarante-et-un membres assistaient à la réunion; deux questions importantes étaient à l'ordre du jour :

1° M. Spuller, préfet de la Somme, avait proposé au Conseil général la suppression du service médical de charité du département, tandis que, en même temps, l'Association demandait la réduction de la liste des indigents et que l'indemnité de 3 fr. par famille, accordée au médecin, fût augmentée de 1 fr. par kilomètre parcouru hors de la résidence du médecin. L'assemblée reçoit la communication du rapport de M. Danzel-d'Aumont au Conseil général, et des délibérations de cette assemblée. Le service médical a été conservé, et l'indemnité accordée aux médecins a été légèrement augmentée.

Le Président, en résumant la question, a fait remarquer que si les médecins du service de charité consentaient à surveiller plus attentivement leurs ordonnances, si, au lieu de prescrire des spécialités dispendieuses, ils n'ordonnaient que des médicaments simples, l'abus qui a été sur le point d'amener la suppression de ce service n'existerait plus, et, les dépenses en médicaments étant diminuées, le budget départemental permettrait de faire droit à la juste demande de l'Association. L'Association décide que tous les médecins du service de charité seront invités à éviter à l'avenir de prescrire les spécialités pharmaceutiques, les vins et les sirops médicamenteux.

2° M. Rovillain, au nom d'une commission de l'arrondissement d'Amiens, M. Lesenne, au nom d'une Commission de l'arrondissement d'Abbeville, enfin M. Lenoël au nom du bureau de l'Association, lisent des rapports sur la question du tarif des honoraires. L'Association, après une longue et intéressante discussion, rejette toute espèce de tarification des médecins, mais adopte des bases pour cette tarification. Ensuite, l'assemblée discute successivement les propositions du bureau sur les bases du tarif des honoraires, les modifie sur certains points, enfin les adopte, et en vote l'impression et leur envoi à tous les médecins de la Somme.

III

Médecins et soins donnés aux gendarmes.

Monsieur le Directeur,

Voulez-vous me permettre, en ma qualité de membre du *Concours médical*, d'attirer votre attention et celle de vos lecteurs sur une question peu importante, il est vrai, mais où les intérêts du corps médical sont en jeu, ou plutôt sont complètement oubliés ?

Je veux parler des soins donnés aux gendarmes par les médecins. Vous n'ignorez pas que l'Administration rembourse aux gendarmes les frais pharmaceutiques, ce qui est juste, tandis qu'elle ne s'occupe pas des frais de médecin. Il est vrai qu'elle compte sur notre désintéressement au point d'en abuser. Ainsi on peut voir de loin en loin, dans l'*Officiel*, des listes de médecins auxquels on accorde une médaille de bronze pour les soins donnés gratuitement aux gendarmes pen-

dant trente, quarante ans, ou plus. Eh bien, je crois que cela n'est pas suffisant. On me dira que nous ne devons de soins gratuits à personne, pas même aux gendarmes. Mais allez donc briser avec d'anciennes habitudes, alors qu'il s'agit de dégarnir la bourse déjà bien maigre de vieux militaires !

Ne serait-il pas plus juste, plus conforme à nos intérêts aussi bien qu'à ceux de ces braves, que cette situation humilie, que l'administration voulut traiter les médecins sur le même pied que les pharmaciens, et leur allouer des honoraires raisonnables ?

Je pense, du reste, qu'il serait facile d'obtenir justice sur ce point, en adressant notre réclamation à qui de droit et en la faisant appuyer par les nombreux médecins députés.

Il suffirait de demander l'inscription au budget, d'une petite somme pour cet objet et je ne vois pas quelle objection pourrait y être faite.

J'ai pensé que pour plaider cette cause je ne pouvais mieux m'adresser qu'au *Concours médical*, qui prend tant à cœur les intérêts du corps médical.

Veuillez agréer, Dr Guérin.
(*à Flers, Orne*).

IV

MÉDECINS ET SOINS DONNÉS AUX NOURRISSONS.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens vous prier de me renseigner sur le point suivant : la nourrice qui fait appeler un médecin pour son nourrisson, n'est-elle pas responsable des honoraires dus au médecin? Ce dernier n'est-il pas autorisé à les lui réclamer, tout comme à un maître de pension et non aux parents? J'avoue que, dans le cas contraire, cela rendrait le service des nourrissons impossible. Dans le cas qui m'occupe, le juge de paix incline à donner raison à la nourrice qui refuse de payer. Il y a là, ce me semble, un fait très important pour le corps médical.

Veuillez, etc. Dr Gauthier.
(*de Magny-en-Vexin*).

V

LES MÉDECINS AUX FRONTIÈRES FRANCO-BELGES.

Nous recevons la lettre suivante, au sujet de l'envahissement du pays par les médecins établis à nos frontières. Les questions que pose notre confrère sont faciles à résoudre. Le fait d'avoir été obligé de prendre domicile en Belgique, pour être nommé, prouve que ce médecin ne pouvait l'être sans cela. S'il est établi en France, il a commis un faux au moyen duquel il a induit la Commission médicale en erreur. La seule chose à faire, c'est de dénoncer ce fait à cette autorité qui révoquera cette nomination illégale.

Monsieur et cher confrère,

Malgré les réclamations et protestations du Corps médical, l'Etat s'obstine à autoriser des praticiens étrangers à pratiquer en Belgique, alors que la même faveur nous est systématiquement refusée chez nos voisins. Soit! Mais ce que je ne puis plus admettre, c'est que les Commissions médicales, mues je ne sais par quelles considérations, admettent comme *vaccinateurs*, des médecins établis en France, alors que les médecins belges seraient très heureux de s'acquitter de cette fonction. J'ai sous les yeux le *Mémorial* de 1883, et j'y vois figurer comme vaccinateur dans l'arrondissement de Dinant, un médecin installé en France avec cette particularité que son domicile figure sous le nom d'une localité *belge*, où il est né. — Jusqu'à quel point cette nomination est-elle légale? Et si elle ne l'est pas, quelle est la conduite à tenir pour sauvegarder notre dignité? Pour moi, en cette circonstance, je refuserais de vacciner à titre de protestation.

Veuillez agréer, etc. Dr X.
(*Le Scalpel, de Liège*).

Le *Concours médical* a publié en 1880, numéros 23, 24, 36, des lettres des médecins français qui réclament contre l'exercice des médecins belges en France.

Si les deux parties ne veulent pas de la *Convention* qui règle l'exercice sur les frontières de Belgique et de Luxembourg, qu'on l'abroge et que chacun reste chez soi.

Nous savons que le mode de consultation adopté pour connaître les désirs des praticiens des frontières était vicieux, irrégulier. C'est toujours la même chose ; on veut faire notre bien sans nous consulter et on ne contente personne. Qu'on laisse le soin de leurs intérêts aux intéressés ; ils réglementeront comme ils l'entendront et n'auront plus, alors, le droit de se plaindre.

VI

DOCUMENTS.

Sous le titre documents divers, le dernier *annuaire* de l'*Association* public :

1° Déclaration des naissances.

Le médecin qui *déclare une naissance* ne saurait être tenu de déclarer le nom du père et de la mère, ni, par conséquent, le *domicile* de cette dernière.

2° Réquisition judiciaire.

La *réquisition* par le pouvoir judiciaire n'est obligatoire qu'en cas de « flagrant délit ou d'accident de nature à troubler la paix publique. » Cette obligation implique non seulement l'assistance, mais aussi le rapport (art. 475 du Code pénal). L'impossibilité physique, duement justifiée, est la seule exemption de cette corvée professionnelle. La réquisition peut être faite, non seulement par le Procureur de la République ou le Juge d'instruction, mais par tous les officiers de police auxiliaires. Elle peut être purement verbale. Les services réclamés pour l'intérêt privé ne peuvent être soumis à aucune sanction.

3° Déclaration des fœtus.

La déclaration et l'inhumation des *fœtus*, ainsi que des *embryons de moins de quatre mois*, ne peut être imposée au médecin dans aucune circonstance.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DU LOIRET

Cercle de l'arrondissement d'Orléans.

Extraits du
Procés-Verbal de la Réunion du 5 novembre.

Présidence du Dr Chipault (d'Orléans).

Dr *Beaurieux, secrétaire.*

Sont présents: MM. les Docteurs Chipault (d'Orléans), Président du Cercle; Verdureau (de Patay), Popis, Halmagrand fils, Beaurieux, Syndics; Halmagrand pére, Gassot, Martin (de Jargeau), Rocher, Gircourt, Pélissier, Blanluet, Tackvorian, Verdureau (d'Orléans), Fougeu, Dubain, Lubet-Barbon, Patay, Chaionot (d'Orléans), Robineau, Vincent fils, Viger (de Châteauneuf).

M. le Président ouvre la séance en prononçant l'allocution dont nous détachons les passages suivants:

Mes chers Confrères,

Le syndicat médical du Loiret est définitivement organisé; il compte aujourd'hui soixante-deux membres répartis de la manière suivante:

Cercle de l'arrondissement d'Orléans, vingt-huit membres; de Gien, onze; de Montargis, dix; de Pithiviers, treize. (1)

Chacun de ces cercles a procédé à sa constitution particulière en nommant son bureau et en déléguant deux membres au Conseil syndical.

Le Bureau du cercle de l'arrondissement d'Orléans, dès le premier jour de son organisation, a mis à l'étude plusieurs questions d'une grande importance: la médecine cantonale, la protection des enfants du premier âge, la médecine légale. Toutes ces questions ont été traitées avec le plus grand soin par ceux de nos confrères qui ont bien voulu se charger de les étudier. Après lecture de leurs rapports, vous serez heureux, j'en suis persuadé, de constater que notre syndicat médical tient à honneur de travailler utilement, et que ce n'est pas seulement en théorie qu'il cherche à améliorer la situation médicale et à défendre les intérêts professionnels.

. . . .

Si le médecin a des devoirs à remplir, il a des droits à revendiquer. La médecine, par cela même qu'elle est respectable, a le droit de demander qu'on veuille bien compter avec elle. Le dévouement du médecin, l'abnégation même absolue qu'il doit s'imposer en beaucoup de circonstances, n'empêche pas que son art s'exerce, comme les autres, sur la base d'un contrat entre lui et la société, et s'il se sent élevé au-dessus des termes vulgaires de ce contrat, ce n'est pas une raison pour qu'il laisse à la société le droit d'y manquer . . . .

Avant de commencer nos travaux, laissez-moi vous dire, messieurs, que déjà notre Association syndicale a donné, à plusieurs de nos confrères qui étaient désunis, la possibilité de se rapprocher et de vivre unis désormais par les liens d'une confraternité sincère et loyale.

On a dit que nos réunions avaient un caractère politique. Je tiens à proclamer bien haut que la politique n'a jamais été en question parmi nous. Que ceux de nos confrères qui, par cette seule crainte, restent éloignés de nous, se rassurent; ils peuvent avec confiance adhérer aux statuts de notre Association syndicale. Elle n'a qu'une seule politique et n'en aura jamais d'autre: « l'union vraie de tous les médecins qui veulent faire le bien tout en défendant les intérêts professionnels. »

Cette allocution est accueillie par de chaleureux applaudissements.

. . . .

Voici les conclusions du *Rapport* de M. le Dr Patay, *sur la Médecine Légale*:

1° Il est nécessaire que le tarif des honoraires médico-légaux soit réformé dans le sens d'une augmentation.

2° Le médecin légiste de chaque département devrait être élu par ses confrères.

Après une discussion à laquelle prennent part presque tous les membres présents, le président rappelle que le cercle doit se borner à émettre un vœu et qu'il convient d'attendre les décisions des autres cercles d'arrondissement pour discuter les moyens pratiques grâce auxquels on pourra obtenir les réformes sollicitées.

Il croit qu'il est préférable de mettre aux voix tout d'abord la question du mode de nomination des médecins légistes.

Le vote donne le résulats suivants:

Pour le concours............	10 voix
Pour l'élection................	11 voix

A propos de la seconde question:

2° Les anciens décrets doivent-ils abrogés et remplacés par de nouveaux?

Il y a unanimité pour l'abrogation.

M. Gassot rappelle que dans certaines villes et notamment à Gien, les médecins ont su par leur entente et par des démarches officieuses faites près des parquets obtenir une élévation sensible des honoraires médico-légaux. Il fait la motion suivante:

Le Bureau du cercle de l'arrondissement d'Orléans, est chargé, dès aujourd'hui, de faire une démarche près le parquet d'Orléans pour obtenir une élévation immédiate du taux des honoraires médico-légaux dans l'arrondissement.

Cette motion est adoptée à l'unanimité.

Le Docteur Viger lit son *Rapport sur la médecine cantonale*, dont voici les conclusions:

1° Proportionner le traitement au nombre des indigents portés sur les listes, à la distance des malades au domicile du médecin (les frais de traitement du médecin cantonal étant supportés par la commune).

2° Paiement des mémoires des médicaments par le département, suivant un tarif déterminé d'avance et d'accord avec les délégués des pharmaciens du département.

(1) Le nombre des membres est actuellement de 67. Le cercle d'Orlé ns en compte 31, celui de Montargis 11 et celui de Pithiviers 14.

3o Défense de laisser fournir des médicaments aux indigents par les congrégations religieuses.

4o Suppression de l'inspection départementale de la médecine gratuite. La somme inscrite de ce chef au budget sera allouée à un comité de médecins nommés par leurs pairs, destiné tant à régulariser le service qu'à recueillir les matériaux nécessaires pour organiser la médecine gratuite sur de nouvelles bases. Il y aurait un comité dans chaque arrondissement; il comprendrait deux médecins cantonaux, un délégué des pharmaciens de l'arrondissement, deux conseillers généraux, serait présidé par le préfet ou le sous-préfet. Il se réunirait tous les trois mois et ferait un rapport annuel au Conseil général. C'est d'après les termes de ce rapport que serait fixée la forme définitive à donner à l'exercice de la médecine gratuite dans notre département.

M. Gassot approuve complètement les critiques contenues dans le rapport du docteur Viger, mais il va plus loin que lui, et demande, comme réforme, la suppression de la médecine cantonale en ce qui regarde les soins à donner aux indigents. Pour les services administratifs, ils sont complètement distincts de la médecine gratuite. Il dépose sur le bureau la résolution suivante :

Les membres du Cercle de l'arrondisssement d'Orléans, donnant leur entière approbation aux critiques formulées dans le rapport du docteur Viger sur l'organisation de la médecine cantonale dans le département du Loiret, émettent les vœux suivants :

1° Le service de la médecine gratuite aux malades indigents sera complètement indépendant des fonctions administratives de surveillance sur les vieillards et les enfants-assistés, sur l'hygiene publique, sur les enfants du premier âge, etc; etc.

2° Tous les médecins du département sont indistinctement appelés à remplir le service de la médecine gratuite, et tout malade indigent a le droit de choisir son médecin. En conséquence, sont abolies les fonctions de médecin cantonal en ce qui touche le service médical gratuit.

3o La rémunération accordée aux médecins qui sont appelés à donner leurs soins aux malades indigents est basée sur le nombre des visites faites et des consultations données.

Le prix de la consultation est fixé à un franc.

Le prix de la visite sera calculé d'après la distance qui sépare la commune où habite le malade indigent de la résidence du médecin le plus rapproché.

Les accouchements et opérations diverses sont rémunérés à part, d'après un tarif établi en commun par l'administration départementale et les délégués du syndicat médical du Loiret.

4o Les fonctions administratives de surveillance sur les vieillards et les enfants assistés par le département, sur l'hygiène publique, sur les écoles, sur les enfants du premier âge, actuellement confiés aux médecins cantonaux, continueront à être confiées à des médecins choisis librement par l'administration.

Après discussion, M. le *Président* met aux voix les questions suivantes :

Y a-t-il lieu de supprimer ou de maintenir la médecine cantonale?

Pour la suppression......... 6 voix.
Pour le maintien............. 14 voix.

M. le *Président* met successivement aux voix les trois premiers articles du rapport du docteur Viger, qui sont votés à l'unanimité. De plus, il est ajouté, au second article, que le tarif à établir devra réaliser une certaine augmentation sur le tarif actuel.

Sur l'article IV touchant la suppression du médecin inspecteur, lés voix se partagent ainsi :

Pour la suppression......... 9 voix.
Contre...................... 11 voix.

Est ensuite adoptée une proposition du Dr Patay touchant la nomination du médecin inspecteur par ses pairs et non par le préfet.

M. le DOCTEUR VINCENT donne lecture de son *Rapport sur la protection des enfants du premier âge.*

Voici comment il conclut :

La loi est bonne, mais pour qu'on puisse en tirer tous les résultats qu'elle comporte, il faudrait qu'elle fut strictement appliquée.

M. *Viger* est d'avis également qu'on demande une stricte application de la loi; mais, en outre, il voudrait que l'indemnité allouée aux médecins chargés du service, fût en rapport avec le déplacement auquel on les oblige.

M. *Verdureau (de Patay)* pense que le service sera bien fait dorénavant. En effet, un nouveau décret charge les Sécrétaires des mairies de ce service en lenr allouant une somme qu'ils ne peuvent toucher que s'ils s'acquittent de leurs fonctions avec exactitude.

M. *Gassot* lit la motion suivante :

Messieurs,

Il est une considération sur laquelle je veux attirer votre attention et qui vous permettra, je l'espère, de formuler un vœu également utile aux petits êtres dont nous nous occupons, aux nourrices qui les élévent et aux médecins qui les soignent.

L'intérêt supérieur de la société est certainement de réduire, autant qu'il lui est possible, la mortalité des nouveaux-nés, et je ne crois pas être contredit en affirmant que, pour garantir l'existence d'un enfant, il lui incombe des charges auxquelles elle ne saurait se soustraire.

Permettez-moi une comparaison. Lorsque, avant la loi sur l'instruction gratuite et obligatoire, on a voulu assurer à tous les enfants la possibilité de fréquenter l'école, on a tout d'abord assuré le traitement de l'instituteur; les percepteurs avaient été chargés du recouvrement des mois d'école, et chaque année, dans leurs sessions de février, les conseils municipaux dressant la liste des cotes irrécouvrables, portaient à la charge de la commune les sommes que les parents étaient dans l'impossibilité de payer.

La société avait reconnu l'importance qu'avait pour elle la diffusion de l'instruction primaire.

La diminution de l'effroyable mortalité des enfants du premier âge n'est pas d'une moindre importance et je pense que ce qui avait été fait avec le plus grand avantage, pourrait être renouvelé dans le cas qui nous occupe.

En 1880, plusieurs membres du Conseil départemental de la Seine et même du Conseil supérieur de la protection des enfants du premier âge, avaient paru bien

accueillir la proposition suivante que je leur soumettais :

« La commune (où est né l'enfant) garantira à la nourrice un salaire minimum et assurera au nourrisson les soins médicaux ; elle poursuivra, près des parents de l'enfant, le recouvrement des sommes déboursées toutes les fois qu'elle le jugera possible, et au cas ou elle ne pourrait l'obtenir, elle porterait ces sommes au chapitre de ses dépenses. »

C'est une mesure analogue à celle qu'a prise la ville de Paris quand elle a voulu assurer un service médical de nuit dont les bienfaits ne sont plus à discuter.

Les membres des conseils, auxquels je fais allusion, ne s'étaient pas arrêtés aux quelques abus que la mesure aurait pu faire naître ; ils avaient considéré qu'en dehors des cas où la mère se trouve dans l'impossibilité absolue d'élever son enfant, il existait des situations sociales qui, elles aussi, créaient des impossibilités, et que l'importance de résultats obtenus devait faire passer sur les inconvénients possibles.

Dans ces conditions, il m'était permis d'espérer qu'une question aussi importante serait l'objet d'une étude sérieuse et d'une discussion au sein de ces conseils ; — il n'en a rien été.

Convaincu que la question est toujours opportune, et que sa solution importe également aux divers intérêts qu'elle met en jeu, ceux de la société, de l'enfant, de la nourrice et du médecin, j'ai l'honneur de vous proposer d'émettre le vœu suivant :

« Lorsqu'un enfant sera placé en nourrice, moyennant salaire, la commune où est né cet enfant garantira à la nourrice un salaire minimum et assurera au nourrisson les soins médicaux. Le recouvrement des frais, qui, de ce chef, incombent à la commune, sera poursuivi par elle près des parents de l'enfant, si la chose est possible ; dans le cas contraire, ces frais seront inscrits au chapitre des dépenses ordinaires de cette commune. »

Ce vœu sera transmis à la commission départementale de la protection des enfants du premier âge et à M. le Préfet du Loiret.

J'espère Messieurs, que vous voudrez bien ratifier cette proposition.

Le vœu formulé par le docteur Gassot est adopté à l'unanimité.

M. *Viger* pense qu'il serait habile et plus pratique d'adresser ce vœu au Conseil municipal de Paris. C'est de cette ville que vient le plus grand nombre de nourrissons qui habitent nos campagnes. Il se fait fort de le faire parvenir à son adresse et de l'appuyer par des influences sérieuses.

L'assemblée décide à l'unanimité qu'il est préférable de renvoyer ce vœu au Conseil municipal de Paris.

M. *Viger*, pour les honoraires, formule le vœu suivant :

La visite mensuelle est de un franc par nourrisson et en plus vingt-cinq centimes par kilomètre, par commune et par mois.

Ce vœu, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

Les rapports des docteurs Patay, Viger et Vincent seront imprimés et envoyés aux confrères du département tout entier.

ERRATUM. — Page 156, 1re colonne, 12e ligne, au lieu de : *Je crois*, lisez : *Il croit*. (*Chronique des Syndicats* du no 13).

VARIÉTÉS

UN NOUVEAU SAINT

Monsieur le Directeur du *Concours médical*.

Un des statuts du Cercle syndical de l'Ile de Ré invite tous les médecins à suspendre leurs visites, quand ils sont appelés près d'un nouveau client, qui traité par un autre médecin, ne l'a pas encore payé.

Ce statut confraternel a déjà donné lieu à la note gaie qui se glisse en France parmi les choses les plus sérieuses. — La commère d'un village de notre Ile rend visite à sa voisine.

DIALOGUE.

Français.

Bonjour ma voisine, la compagnie.

— Je viens de voir ma nièce la Dupeux. Elle est malade. Son médecin lui a dit; Avez-vous un autre médecin?

— Elle a répondu non.

— Ne me trompez pas, parce que le Saint me le dira!

— Mais quel Saint? Je ne m'en souviens plus.

— Comment tu ne le sais pas. C'est Saint Dicat.

— Oui, tu as raison, ma bonne, cet homme a dit Saint Dicat?

— Mais qu'est-il donc ce bougre de nouveau saint? Je ne le connais pas.

— Prends garde? C'est lui qui fait que ces gueux de médecins savent tout et qu'ils veulent faire payer leur visites plus cher que les yeux de la tête.

— Ah bien, je ferai mon compliment, aujourd'hui, à M. le Curé pour son beau Saint.

Traduction. — Patois du pays.

— Bonjour ma voisine, la compagnie.

J'vins d'voir ma nièce la Daupuse. All est malade son churgien l'y a dit : Aveau vu in autre churgien

— Non, qual répond.

— Nme trompez pas, pasque l'Saint me zan dirat. Dam, queu Saint? Y m'en souvint pu.

— Comment t'an sais pas! All est Saint Dicat.

— T'as raison, ma boune. Chel homme au za dit Saint Dicat?

— Mais quetan don chan bougre de nouvia Saint? Y connait poit.

— A garde a lé li qu'a fait qchellés gux dmédecins savant tout, et que lvlons faire payer leux visites pus chères qlés us d'la tête.

— Ah bê y frai mon compliment, anit, à msieu le l'ouré, pour son bia Saint.

NOUVELLES

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE MÉDECIN AU BUREAU CENTRAL D'ADMISSION DANS LES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — Ce concours sera ouvert le lundi 30 avril 1883, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir, se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 29 mars 1883, et sera clos définitivement le 14 avril 1883, à trois heures.

BIBLIOGRAPHIE

G. MASSON, ÉDITEUR, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

Traité des désinfectants et de la désinfection par E. Vallin, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce. Un volume in-8, prix : 12 francs.

La médecine préventive prend forcément place à côté de la médecine curative ; la désinfection se fait science et s'impose. Mais, ce qu'est la désinfection, personne ne l'avait encore bien dit, et le classement des désinfectants restait à faire. Le livre qui manquait aux médecins, M. Vallin, du Val-de-Grâce, vient de le faire. Livre tres intéressant, plein de détails ; dictionnaire aussi, tant il est bien ordonné, pour ceux qui ne voudraient que le consulter.

La première partie comprend les désinfectants ; la seconde, la désinfection.

Les désinfectants sont divisés en quatre classes :

1° *Les moyens mécaniques* : lavage, ventilation, etc..

2° *Les absorbants* : charbon et poudres sèches, sulfates de fer, de zinc et de cuivre, poudres composées du commerce.

3° *Les antiseptiques.* Ils sont nombreux. Les moyens physique sde conservation, — dessiccation, réfrigération, occlusion — sont décrits largement. Dans les antiseptiques proprement dits, nous trouvons tout ce que l'empirisme le plus lointain nous à laissé de bon et ce que la science a découvert de plus nouveau. La liste est longue, et, dans l'ensemble, l'acide sulfureux conserve sa belle place, l'acide phénique est discuté, l'acide salicylique résiste à la critique et l'acide borique gagne du terrain.

4° Neutralisant. En créant cette classe, l'auteur s'exposait à des redites, le mot lui-même manque de précision et de vigueur : détruire c'est plus que neutraliser.

Après avoir succesivement étudié tous les désinfectants, donné leur mode d'action et leur puissance, M. Vallin arrive à la désinfection. Le chapitre le plus étendu est celui qui traite de la désinfection nosoconiale : désinfection du malade, des locaux, du matériel, des effets et de la literie, des moyens de transport et du personnel médical. Dans le pansement des plaies, M. Vallin ne marchande pas à Lister les éloges ; non qu'il ait rien inve té, dit-il ; mais, parce qu'il a eu l'heureuse fortune et le talent d'entraîner tous les chirurgiens dans la voie nouvelle.

La désinfection des aliment a son chapitre à part que doit connaître tout médecin. L'action de l'acide salicylique est étudiée avec un soin que personne n'y avait mis encore, et le comité consultatif d'hygiène publique est suffisamment vengé d'injustes attaques.

C'est encore au livre de M. Vallin que les médecins membres des conseils d'hygiène auront recours pour la d sinfection des casernes, écoles, égoûts, abattoirs et eaux industrielles.

Daus les dernières pages, nous voyons ce que l'on a fait des cadavres que la terre recouvrait à peine sur le champ de bataille des environs de Paris et de Sedan.

Malgré les nombreuses observations qui lui sont propres, on peut dire aussi de M. Vallin qu'il n'a rien inventé, mais il a fait une science de ce qui n'était que chaos, et réuni en un seul volume, des découvertes éparses dans vingt recueils.

X. L.

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR, PLACE DE L'ODÉON.

1. — **Traité théorique et clinique de la dysenterie** (diarrhée et dysenterie aiguës et chroniques) par *L. J. B. Bérenger-Féraud*, médecin en chef de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine in-8 de 800 pages, 1883. Prix : 12 francs.

Cet ouvrage fort important, et par le sujet qu'i traite, et par la haute compétence de son auteur, constitue la monographie la plus complète d'une des maladies les plus fatales aux européens dans les pays chauds. Aussi sera-t-il indispensable à tous les médecins de la marine et de l'armée ; il ne sera pas moins nécessaire à tous nos confrères qui exercent dans les villes du littoral où les malades viennent de tous les pays tropicaux.

M. Bérenger-Féraud a passé douze années à recueillir les matériaux de son livre dans les foyers les plus féconds de la dysenterie, en Algérie, au Sénégal, aux Antilles, ainsi que dans le grand hôpital de Saint-Mandrier. Aussi ce traité de la dysenterie présente-t-il tous les avantages d'un ouvrage essentiellement pratique. Après avoir soigneusement décrit les diverses formes de la dysenterie et ses complications si nombreuses, l'auteur se livre à une analyse approfondie du problème étiologique et passe en revue, tour à tour, toutes les hypothèses relatives aux causes météoriques, bromatologiques et infectieuses, à la nature et à la pathogénie.

L'anatomie pathologique est traitée avec un soin tout particulier, et les lésions du foie, l'hépatite avec ses diverses formes le mode de production des abcès du foie, leur évolution, leur terminaison sont parfaitement exposés.

Enfin, il faut surtout féliciter M. Bérenger-Féraud d'avoir consacré deux cents pages à la thérapeutique. Tous les procedés de traitement usités jusqu'à ce jour sont énumérés et passés au crible d'une critique éclairée ; le traitement de chaque complication est étudié successivement, ainsi que le régime et l'emploi de la cure minérale pendant la convalescence.

2. — **Le sommeil normal et le sommeil pathologique** (magnétisme animal, hypnotisme, névrose hystérique), par *Emile Yung*, docteur ès-sciences, *privat-docent* à l'Université de Genève. 1 vol. in-12, de la bibliothèque biologique internationale, 1883. Prix : 2 fr. 50.

3. — **Traité clinique de la folie à double forme** (folie circulaire, délire à formes alternés) par le Dr *Ant. Retti*, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-physiologique.

Ouvrage couronné par l'Académie de médecine in-8, 1883.

Voici un livre qui ne peut manquer d'être parfaitement accueilli par tous les médecins qui s'intéressent aux délicates questions de l'aliénation mentale. La folie à double forme est une maladie bien mal connue encore ; son étude ne date d'ailleurs que des travaux de Baillarger, elle avait été jusqu'ici l'objet de mémoires isolés, disséminés dans les recueils spéciaux. M. Ritti, dont le talent si littéraire se prêtait parfaitement à l'exposition de cette curieuse psychopathie, a rendu un véritable service à ses confrères en leur permettant de juger dans ce travail d'ensemble, l'état de la question. Un historique très complet, une description vivante des périodes de dépression et d'excitation, l'examen de l'évolution, du pronostic, du diagnostic et du traitement sont heureusement entrecoupés par un nombre considérable d'observations cliniques les plus curieuses. Enfin, le livre est bien complété par l'étude des rapports que la folie à double forme affecte avec d'autres maladies mentales ou nerveuses, le traitement et la médecine légale relative à la question.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

14 Avril 1883 — Organe officiel des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — N° 15

SOMMAIRE

BULLETIN

« Nombre de maladies sont causées par la présence, dans nos tissus, de corps, *d'êtres organisés*, susceptibles de se développer dans nos organes et d'y vivre à nos dépens..... Emportées par les vents, les sporules ou sporidies sont susceptibles de s'introduire dans nos organes en communication avec l'air extérieur. Si elles y germent, que d'entités maladives ne sont-elles pas dans le cas d'engendrer !..... » Ces deux phrases et un grand nombre d'autres, que M. *Peter* s'est fait un malin plaisir d'extraire de *l'Histoire naturelle de la santé et de la maladie* etc.. de Raspail, pourraient aussi bien être tirées des conférences ou des livres récents des disciples de M. Pasteur. Raspail, en effet, parlant par intuition et sur de pures hypothèses, avait prédit, il y a quarante ans, la découverte des microbes; il en avait affirmé l'existence, sans les avoir jamais vus, et il avait indiqué, comme remède propre à les combattre, « le camphre qui participe de la propriété *antiseptique* et *antifermentescible* que possèdent toutes les huiles essentielles. » — Ce fait ne diminue en rien la gloire de M. Pasteur, dont le talent et la sagacité scientifique ne sont pas en discussion, mais le rapprochement n'en est pas moins curieux à faire au point de vue historique.

La découverte des éléments matériels des maladies virulentes, prédite par Raspail et effectuée par M. Pasteur, doit-elle jeter un grand jour sur l'évolution et le traitement de ces maladies ? Parce que l'on connaîtra le microbe de la morve, de la tuberculose, de la syphilis, saura-t-on mieux pourquoi le microbe de la morve frappe la muqueuse des voies aériennes en de certains points d'élection, tandis que celui de la tuberculose frappe l'appareil respiratoire, en certains autres, et non seulement l'appareil respiratoire, mais les méninges, les os etc., tandis que le microbe des fièvres éruptives se porte à la peau ? Et dans le cas de fièvres éruptives, où manque l'éruption, où est le microbe ? Le microbe enfin expliquera-t-il tous les autres symptômes de ces mêmes fièvres, symptômes bien plus importants que l'éruption elle-même : autant de questions que l'on peut se poser particulièrement à propos de la découverte du rouget du porc. Enfin pour tuer tous ces microbes, il faudra une ou plusieurs substances *microbicides* : on a déjà le camphre, l'acide phénique, l'hydrogène sulfuré, on en a bien d'autres encore ; et, jusqu'ici, si les microbes ne s'en portent pas plus mal, on n'en pourrait peut-être plus dire autant de bien des malades. Tels sont les points que M. Peter a traités dans la première partie de son discours.

Dans la seconde partie, il aborde la doctrine prophylactique de M. Pasteur : l'atténuation des virus et l'inoculation du virus atténué. Sur ce point, l'orateur nous paraît moins heureusement inspiré que sur les questions purement cliniques qu'il a traitées d'une façon si brillante. De sa discussion nous retiendrons cependant deux arguments, c'est : 1° que l'inoculation du virus, même atténué, est susceptible de produire des accidents ; et 2°, qu'elle ne met pas à l'abri des

récidives ; en d'autres termes, qu'elle n'est que temporairement préservatrice. Les accidents de l'inoculation et la courte durée de la préservation sont en effet des conditions qui s'opposeraient absolument à l'application des procédés de M. Pasteur à l'espèce humaine; mais, en somme, la méthode n'est qu'à ses débuts et il est possible que ses procédés se perfectionnent: c'est une question encore à l'étude, il faut lui donner le temps de mûrir.

Reste un point de pathologie générale à élucider : les doctrines nouvelles ont-elles renversé le principe de *la spontanéité morbide*, comme le prétendent M. Pasteur et ses disciples ? Pas le moins du monde. L'intervention de la spontanéité morbide est nécessaire même avec les microbes, puisque M. Pasteur reconnait que le microbe peut exister en nous, latent et inerte et n'acquiert de puissance morbifique que sous certaines conditions. « Sans nul doute, dit ce savant, les germes des microbes, auteurs des maladies virulentes, sont *partout répandus*. L'homme les porte sur lui ou dans son canal intestinal, *sans grand dommage*, mais prêts à devenir dangereux, lorsque, par des conditions d'*encombrement* et de développements successifs à la surface des plaies, dans des *corps affaiblis* ou autrement, leur virulence se trouve progressivement renforcée. » Évidemment, et sauf l'intervention des microbes, le langage de la médecine de l'avenir ne diffère pas sensiblement de celui de la vieille médecine. « Si le microbe ne devient aussi puissant que par l'intervention des influences externes ou internes qui modifient l'organisme, répond avec beaucoup de raison M. Peter, c'est comme si nous le faisions de toutes pièces, puisque c'est grâce à ces conditions déterminées de l'organisme qu'il devient actif, puissant et malfaisant. » Qu'importe alors le microbe au médecin, puisque c'est la spontanéité de l'organisme qui fait le danger ? C'est cette même spontanéité qui, pouvant rendre au microbe même atténué sa virulence première, crée le danger des inoculations.

Malgré l'enthousiasme qu'il éprouve pour les doctrines en discussion, M. *Bouley*, dans sa réponse à M. Péter, a été beaucoup plus prudent, beaucoup moins affirmatif en fait de clinique que le maître et surtout que ses disciples. Il n'est guère sorti des théories générales, et s'est surtout proposé d'indiquer les services rendus par M. Pasteur à la science et à l'expérimentation, services que personne, en France, ne cherche à nier. L'orateur a exprimé l'espoir que les résultats actuels des doctrines microbiennes s'étendraient bientôt à toutes les maladies virulentes; qu'alors, connaissant les conditions dans lesquelles ces maladies se produisent, la thérapeutique consisterait à essayer de changer ces conditions; qu'en tout cas il serait possible, par des inoculations sagement réglées, de prévenir la contagion, au moment où elle semblerait imminente.

Le discours de M. Bouley est très intéressant à lire : il résume, sous une forme brillante et facile, les découvertes les plus importantes de M. Pasteur qui s'y trouvent rangées sous trois chapitres différents :

1° Les mystères de la contagion ont été dévoilés, car on sait aujourd'hui que *la contagion est fonction d'un élément vivant*.

2° Le *microbe, instrument de la virulence, a pu être isolé* de l'organisme vivant, et étudié, dans son évolution, en dehors de l'organisme.

3° Les *virus* mortels peuvent être *atténués* et *transformés en vaccins*. — Les expériences ont réussi pour le charbon et pour le choléra des poules : pourquoi ne réussiraient-elles pas, un jour ou l'autre, pour la rage, pour la syphilis, etc. ?

En terminant, M. Bouley a fait allusion au voyage de M. Pasteur, à Pauillac; on se rappelle que l'illustre savant se proposait de rechercher le microbe de la fièvre jaune sur des malades atteints de cette terrible maladie, et qu'un vaisseau devait ramener en France. « N'est-ce pas là, de la part de ce grand savant, arrivé au comble des honneurs, et dont toutes les ambitions sont satisfaites, hors celle de rendre de nouveaux services, une preuve de grandeur d'âme, devant laquelle tout le monde doit s'incliner ! » Oui, nous nous inclinons devant le dévouement scientifique de M. Pasteur, se rendant à Pauillac pour y étudier le microbe de la fièvre jaune, — comme nous nous inclinons aussi devant le dévouement non moins admirable de nos vingt-cinq confrères de la marine qui sont allés au Sénégal pour tâcher de combattre les manifestations du terrible fléau, et dont vingt-trois ont payé de leur vie l'accomplissement du devoir professionnel. — M. Pasteur, dont la vie tout entière a été dévouée à l'amour de la science et de l'humanité, M. Pasteur est un savant de premier ordre, et une des gloires de notre pays ; mais, sans chercher à rabaisser le moins du monde le mérite de ce grand homme, il est bien permis à des médecins de soumettre à une saine critique des théories médicales sur l'appli-

cation desquelles l'esprit du clinicien a encore le droit de conserver quelque doute. Ne faut-il pas, d'ailleurs, se souvenir que c'est précisément la critique qui a fourni à M. Pasteur l'occasion de ses plus belles expériences? Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA CONGESTION PULMONAIRE CHEZ LES ENFANTS.

Par le Dr Séjournet. (Suite et fin).

J'ai observé plusieurs cas de broncho-pneumonie chez les enfants. Trois fois la maladie avait débuté par une bronchite simple et s'était compliquée de congestion après plusieurs jours. Un des petits malades guérit quinze jours après le début de cette complication, et les deux autres moururent au bout de quinze à dix-huit jours.

Dans trois cas de coqueluche avec râles à l'auscultation, j'ai assisté à l'invasion du poumon par une congestion aiguë. Dans le premier cas, chez un enfant de deux ans et demi, l'hyperhémie céda définitivement au bout de quatre jours après plusieurs poussées successives; chez le deuxième malade, enfant de trois ans, la bronchite devint, à coups de congestions répétées pendant deux mois et demi, une broncho-pneumonie qui finit par guérir. Enfin, un enfant de cinq ans, en pleine coqueluche, mourut huit jours après l'invasion de l'hyperhémie pulmonaire.

Dans deux cas de rougeole, j'ai assisté à la naissance de la congestion aiguë qui n'a cessé de frapper, soit l'un, soit l'autre poumon, pendant deux et trois semaines. La guérison eut lieu.

Ce sont donc ces congestions répétées qui aident la bronchite à dévier du côté de la broncho-pneumonie.

Pourquoi ne se retirent-elles pas, sous l'influence du traitement, après avoir atteint le poumon pendant un jour, trois, quatre et même six jours, comme dans les cas de bronchite simple? Pourquoi, dans ces cas mêmes de bronchite aiguë, le poumon se congestionne-t-il?

Les raisons que j'ai déjà données plus haut: fatigue, toux, oppression, épuisement, diète, ne sont pas les seules; l'enfant s'est, de plus, souvent refroidi; on le laisse pendant trop longtemps dans son lit, sur le dos, position qui favorise l'hyperhémie, ou comme je l'observe très souvent, en hiver, dans les familles d'ouvriers, les parents font un grand feu et surchauffent leur logement où il est impossible de pénétrer; l'enfant aspire un air trop chaud, malsain, parcequ'il n'est pas renouvelé, et, pendant ce temps, malgré toutes les recommandations, il reste avec les pieds froids, la tête en feu et les mains brûlantes.

L'enfant toussant, parce qu'il a les bronches malades, congestionne encore d'avantage ses poumons par de fréquentes quintes de toux et il tourne ainsi dans un cercle vicieux dont la broncho-pneumonie et souvent la mort sont le résultat.

On comprend encore mieux la congestion pulmonaire, devant aboutir ou non à la broncho-pneumonie, comme complication de la coqueluche, du croup et de la rougeole, ces maladies ajoutant aux causes déjà étudiées la débilité et l'opportunité morbide dont elles sont inséparables.

Si maintenant je considère quelle est la fréquence de la congestion pulmonaire, relativement aux autres maladies infantiles, je trouve qu'elle figure dans ma pratique au moins pour le tiers des cas. La forme essentielle serait la plus fréquente et représenterait environ trois cas pour quatre: une fois sur quatre, elle serait notée comme secondaire, c'est-à-dire, comme complication. Elle serait plus fréquente chez les garçons que chez les filles, généralement moins espiègles, moins joueuses et se tenant plus volontiers à la maison où elles sont moins exposées à l'action du froid et de l'humidité. L'âge des enfants est assez variable, mes cas les plus nombreux sont compris entre neuf mois et cinq ans. J'en ai peu au dessus.

C'est pendant les derniers et les premiers mois de l'année que, pour ma part, j'ai affaire à cette maladie; de novembre à mai, il est rare que chaque mois, ne me permette pas d'observer de nombreux cas de congestion pulmonaire.

J'ai réduit le traitement à bien peu de chose. Quand la maladie se déclare, s'il y a des râles nombreux dans la poitrine et des symptômes d'embarras gastrique, j'administre un vomitif, composé de poudre d'ipéca, mélangée ou non à du sirop. 0, *50 centigrammes de poudre à un an; 0, 75 à deux* ans et un gramme à trois ans. En même temps je fais appliquer un vésicatoire entre les épaules, un deuxième s'il y a lieu, ou j'emploie la teinture d'iode.

Le moyen sur lequel j'insiste volontiers, parce que, chez l'enfant, les pieds se refroidissent vite, c'est d'envelopper de coton saupoudré ou non de farine de moutarde, les extrémités inférieures: il faut que les pieds soient très chauds. Comme traitement interne, peu de chose; un peu de sirop ou de looch, si l'enfant l'accepte volontiers, mais par exemple, du lait tant qu'il en veut — coupé d'eau pour les plus jeunes — Si l'enfant est au sein, il devra s'en contenter. J'ai renoncé à l'usage de la digitale et de tous les autres moyens pharmaceutiques, à moins d'indications particulières. Une recommandation essentielle à l'entourage; c'est de ne pas laisser trop longtemps le malade dans son lit sur le dos Que l'enfant soit le plus souvent levé, promené ou assis sur les genoux de sa mère, que l'appartement soit légèrement airé et surtout peu chauffé, je veux dire qu'il ne soit pas surchauffé, comme je le constate souvent.

Tels sont les moyens qui me permettent de triompher presque toujours de la congestion essentielle et le plus souvent de la congestion secondaire. C'est alors surtout qu'il faut s'appliquer à l'empêcher de renaitre quand elle semble avoir disparu, et, s'opposer à ses coup répétés qui finissent par ébranler la place pour la laisser s'y installer quelquefois définitivement.

MÉDECINE PRATIQUE

DES BRONCHITES, AU POINT DE VUE DU PRONOSTIC ET DU TRAITEMENT.

Aucune affection ne semble au premier abord plus banale que la bronchite, et, pour un grand nombre d'étudiants, c'est un sujet de pathologie et de clinique négligeable. Une bronchite, un rhume, cela se guérit seul par la force des choses, et il n'y a pas lieu de s'en préoccuper.

Cette manière de voir n'était pas celle, en tout cas, de notre grand Laënnec qui, en 1819, dans la première édition de son ouvrage sur l'auscultation, fait la remarque que cette maladie, quelque commune qu'elle soit « *est peut être moins bien connue que beaucoup d'autres maladies rares.* » — En 1826, dans la seconde édition, il répète la même proposition que n'ont pas modifiée sept années d'études cliniques, et en 1869, M. Hayem, ayant à tracer dans sa thèse d'agrégation une monographie des bronchites, reconnait qu'il faudrait, pour mener à bien cette tâche, « méditer longuement les faits observés à la suite d'une carrière médicale bien remplie. »

Ce désaccord entre les débutants et les maîtres en médecine n'a rien qui doive surprendre. Le néophyte est particulièrement frappé par l'étude des maladies rares et compliquées, dont ils s'efforce de graver dans son esprit les descriptions; le praticien ne tarde pas à s'apercevoir que les maladies les plus vulgaires, étant aussi les plus fréquentes, sont celles qui lui causent le plus d'ennuis et que ses clients ne lui pardonnent pas de ne pas guérir rapidement des maux si simples en apparence.

D'ailleurs, outre les ressources thérapeutiques dont il importe d'être bien fourni, tant de connexions pathologiques existent entre la bronchite et des états morbides au premier abord très lointains, que le pronostic est souvent malaisé à poser, lorsqu'on a constaté l'inflammation des bronches. Il y a tant d'espèces de bronchites, si différentes par leurs causes, leur marche et le traitement qui leur convient, que le sujet est un des plus vastes de la clinique. Il nous suffira pour aujourd'hui d'en éclairer quelques points.

I

Les auteurs divisent les bronchites en bronchite aiguë idiopathique, susceptible de variétés suivant le siège de l'inflammation dans les tuyaux aériens de gros, moyen ou petit calibre, et en bronchites symptomatiques, soit d'un autre état morbide aigu ou chronique, soit d'un état diathésique. C'est donc un monde que ce chapitre des bronchites, puisqu'on y fait entrer un assez grand nombre d'états qui sont autant et plus de la congestion ou de l'œdème pulmonaire. Nous ne saurions passer ici en revue tous ces états bronchitiques ou pseudo-bronchitiques. Contentons-nous d'en signaler quelques types.

Le type banal, c'est là **bronchite aiguë idiopathique** *a frigore* siégeant dans les bronches grosses et moyennes. Elle peut présenter dans les cas intenses l'appareil symptomatique complet, qui consiste en TROUBLES FONCTIONNELS (*fièvre* légère, éphémère ou de courte durée, *dyspnée* modérée, *toux* fréquente, quinteuse ou non, précédée de chatouillement à la gorge, sensation de cuisson douloureuse rétro-sternale et myosalgie des parois thoraciques, *crachats* séro-muqueux, puis muco-purulents) et en SIGNES PHYSIQUES : (son de percussion normal, sauf complications; à l'auscultation, *ronchus sibilants ou ronflants*, puis *râles muqueux et sous crépitants* à bulles plus ou moins fines).

Dans les cas ordinaires, tels de ces symptômes manquent ou sont très atténués; la bronchite atténuée, c'est le rhume. Que faut-il faire contre le rhume? — La question paraît puérile, et nous n'oserions la poser, si l'un des maîtres actuels en thérapeutique ne la discutait pas en des termes qu'il n'est pas inutile de rappeler.

« La bronchite simple ou rhume ordinaire, dit M. Dujardin-Beaumetz, est une maladie, qui, malgré son peu d'intensité et son peu de gravité, doit cependant appeler très sérieusement votre attention. La pharmacie a accumulé contre ce simple rhume un nombre infini de spécialités, et leur succès dépend surtout de l'ignorance ou de la négligence que met le médecin dans la prescription des petits moyens capables de diminuer l'intensité de cette maladie si légère.... La clientèle, qui ne peut juger l'étendue de nos connaissances, ne nous apprécie que dans ces détails infimes qui constituent le plus petit côté de notre art, mais qui n'en ont pas moins une énorme influence sur le succès de notre pratique, et vous connaissez, comme moi, des praticiens distingués, instruits, qui n'ont échoué que pour ne pas avoir apporté, dans la prescription de ces petits moyens, toute l'attention désirable. »

Il semble bien difficile de refuser aux malades qui le désirent la prescription d'une *tisane*. Assurément les tisanes ne sont pas des remèdes héroïques; mais elles sont peut-être plus utiles que ne le prétendent leurs détracteurs; elles peuvent provoquer un état sudoral avantageux, calmer la sécheresse de la gorge et la sensation de chaleur irritante éprouvée dans cette région au début de la bronchite, enfin elles contribuent à apaiser la toux. Leur qualité principale est d'être chaudes et agréables au goût; mais, comme les goûts des malades sont très variables, il est bon d'avoir à sa disposition un certain choix de tisanes. Tisanes simples : lierre terrestre, hysope, capillaire, guimauve, violette, bouillon blanc, lichen. Tisanes composées : Espèces pectorales, fruits p ctoraux.

M. Dujardin-Beaumetz recommande les deux formules suivantes :

1° R. feuilles et racine de guimauve, 30 gram-

mes, — racine de polygala et de réglisse, 10 gr.; — fleurs de bouillon blanc et de pavots rouges, 5 gr. pour quatre paquets; faire infuser chacun dans 1,000 gr. d'eau bouillante, édulcorer avec sirop de capillaire, 40 gr.;

2° racine d'aunée, 5 grammes; de réglisse, 10 grammes; lierro terrestre et fleurs de tussilage, 10 gr.; eau, 1,000 gr.; édulcorer avec sirop de tolu, 35 grammes.

Les *sirops* béchiques, dans lesquels entrent, en proportion variable, l'eau de laurier-cerise, l'opium, la belladone, le baume de tolu, sont l'accompagnement nécessaire des tisanes; les pâtes pectorales sont presque toutes des spécialités pharmaceutiques; G. de Mussy a formulé des *pastilles* ainsi composées: chlorate de potasse 0.10 centigrammes; teinture saturée de benjoin, 0,10 centigrammes; alcool saturé de racine d'aconit, 0,05; gomme adragante et sucre, Q. S. pour une pastille, de 1 à 10 par jour.

Les *juleps*, les *loochs* et même les laits de poule servent d'excipients aux médicaments actifs; ne pas oublier qu'il ne faut jamais mettre de calomel dans un looch pour ne pas s'exposer à transformer le calomel en sublimé, au contact de l'acide cyanhydrique des amandes amères. C'est surtout dans la première période, où l'irritation des voies aériennes est très intense, période de crudité, que les moyens précédents sont surtout utiles.

Les trois médicaments vraiment actifs sont l'*opium, l'alcoolature de racines d'aconit*, et *l'eau de laurier-cerise*.

C'est au symptôme *toux* qu'ils s'adressent particulièrement. Or, il existe certaines variétés de bronchites, qui, par leur siège ou à cause du tempérament du malade, présentent la toux au degré maximum.

Ainsi l'inflammation concomitante de la trachée, la TRACHÉO-BRONCHITE est remarquable par une toux presque incessante, sonore, quinteuse, agaçante pour le malade et son entourage. On sait que l'excitabilité réflexe de la muqueuse respiratoire atteint son maximum dans les premières voies, ainsi s'explique la toux si violente de la trachéite.

La *bronchite chez les hystériques* présente aussi une prédominance très remarquable de la toux avec une raucité étonnante et une répétition incessante, qui rappellent les caractères habituels à la toux hystérique sans inflammation des voies aériennes et par simple hypéresthésie laryngée, que Lasègue a si magistralement décrite.

L'*exagération du symptôme* TOUX n'est pas à négliger; celle-ci, quand elle est très intense, laisse à sa suite une fatigue douloureuse des muscles expirateurs qui se fait sentir surtout à l'épigastre et dans les hypochondres vers les attaches du diaphragme; elle empêche le sommeil, accroit la congestion des organes thoraciques, fait naître celle du cerveau et détermine la céphalalgie; peut troubler l'alimentation et provoquer les vomissements après les repas, chez les enfants surtout. On doit donc avoir grand soin de la combattre. La *belladone* est alors préférable à l'opium, surtout chez les enfants. G. de Mussy prescrit souvent l'*extrait de jusquiame* à la dose de 20 à 30 centigrammes chez l'adulte, combiné dans des pilules avec quelques centigrammes de poudre d'ipéca, pour faciliter l'expectoration, quand il y a lieu.

Les vapeurs d'infusions narcotiques ou émollientes, (eau de guimauve et pavot), les fumigations balsamiques et aromatiques peuvent être utilisées : Trousseau conseillait de badigeonner le cou avec du laudanum. G. de Mussy pense modérer l'excitabilité du pneumogastrique, dont le rôle est dominateur dans la genèse de la toux, en appliquant de petits vésicatoires cantharidiens ou ammoniacaux entre les attaches inférieures des sterno-mastoïdiens et sous l'appendice xiphoïde, et en répartissant deux ou trois centigrammes de chlorhydrate de morphine sur ces trois surfaces dermiques dénudées. Graves recourait à des frictions sur les côtés du cou avec un liniment à base d'acide acétique et d'essence de térébenthine; mais il est à craindre que l'odeur pénétrante de ces agents ne fasse qu'irriter les voies respiratoires.

Mieux vaut chercher à faire cesser le chatouillement pharyngien qui précède et provoque les quintes de toux par des attouchements du fond de la gorge avec un peu de laudanum, d'extrait thébaïque, ou de solution bromurée. G. de Mussy, si ingénieux à varier les procédés thérapeutiques, se sert encore de la muqueuse nasale pour faire absorber les calmants, et fait aspirer par chaque narine, dans des cas rebelles, plusieurs fois par jour une pincée de la poudre suivante :

Poudre de gomme arabique..... *11 grammes.*
Poudre de racine de belladone. 1 gr.
Chlorhydrate de morphine, 0,05 à 0,10 centigr.

Quand la toux a le caractère particulièrement spasmodique, la mixture complexe recommandée par cet auteur, est assurément efficace.

Sirop de fleurs d'oranger.......	60 grammes.
— de codéine	60 —
— de belladone.............	30 —
— d'éther.................	15 —
Bromure de potassium.......	4 —
Musc.......................	0,50 centigr.

Les révulsifs (applications de sinapismes, de papier chimique, ou badigeonnages à la teinture d'iode au devant du sternum) ne sont pas à négliger. Quant à l'emplâtre de thapsia, il faut en redouter le transport involontaire dans des régions à peau très fine, pendant le sommeil, sur la figure ou les parties génitales : il peut faire naître, dans ces conditions, une dermite qui simule l'érysipèle.

II

L'âge des malades doit être pris en grande considération à propos du pronostic et de la marche de la bronchite. Aux deux extrêmes de la vie, cette affection, bénigne constamment chez l'adulte, n'est pas aussi innocente.

La bronchite, quoique toujours identique au fond, a des traits un peu spéciaux CHEZ L'ENFANT, et surtout chez le tout jeune enfant. Aucune maladie ne demande à être surveillée de plus près; car on peut toujours craindre qu'elle ne s'étende aux bronches de petit calibre et que cette extension ne s'accompagne de symptômes sérieux.

« Je ne saurais trop vous recommander, dit M. Cadet de Gassicourt, de maintenir sous une surveillance attentive tout enfant atteint de bronchite, surtout dans le cours de la première année, et particulièrement dans les quatre ou cinq mois qui suivent la naissance.

On ne saurait croire, si on ne l'avait vu, avec quelle rapidité une inflammation qui, d'abord localisée à la trachée, n'inspire aucune inquiétude, peut rapidement envahir l'arbre bronchique et amener la mort en quelques heures. » Il ne faut pas oublier que, au-dessous de deux ans, toute maladie, quelle qu'elle soit, jette rapidement les enfants dans un état de prostration et d'abattement extrêmes; même, d'après Rilliet et Barthez, sans complication de bronchite capillaire et de broncho-pneumonie, on a pu voir apparaître chez de jeunes enfants des accidents cérébraux, des attaques éclamptiques mortelles pendant le cours d'une inflammation des bronches grosses ou moyennes.

La *durée d'une bronchite chez l'enfant* est très variable; elle évalue normalement en dix ou douze jours, mais elle peut-être très prolongée, surtout chez les enfants à tendances scrofuleuses, et il n'y a pas lieu d'être surpris de voir une bronchite aiguë, une fois la période de franche acuité passée, se continuer à l'état subaïgu pendant un mois ou cinq semaines.

Enfin, il faut envisager dans la bronchite des enfants la *fréquence d'une complication importante* et trop peu étudiée avant Woillez, la *congestion pulmonaire*. Ces bronchites avec congestions aiguës, *hémo-bronchites* de Woillez, ont été décrites aussi par Cadet de Gassicourt; mais, tandis que le premier de ces auteurs faisait dépendre la bénignité ou la gravité des bronchites, de l'intensité de la congestion concomitante, le second pense que l'intensité de la congestion dépend de l'étendue de la bronchite. C'est à l'apparition de la submatité, d'une respiration un peu soufflante, ainsi qu'à l'élévation de la température et à la fréquence plus grande des mouvements respiratoires, peut-être aussi à la mensuration de la poitrine permettant d'en constater l'ampliation plus grande (bien que le procédé cyrtométrique de Woillez soit bien peu utilisable dans la pratique), qu'il est possible de diagnostiquer l'apparition de la congestion dans le cours de la bronchite. Le plus habituellement, ces poussées congestives sont de courte durée, même livrées à elles-mêmes; pourtant, il ne faut pas se fier à leur fugacité.

« Je crois à la nécessité d'enrayer au plus vite les premiers accidents, dit Cadet de Gassicourt; il serait fort dangereux de courir la chance de congestions successives, frappant toujours sur un même point; la broncho-pneumonie se développe par ce mécanisme. »

Le *traitement* de la bronchite aiguë chez l'enfant se compose « presque exclusivement de médicaments peu énergiques et de précautions assez simples, dont il faut user avec à propos et discernement, et qui justifient par leur efficacité le mot de Trousseau : « Il n'est pas de petits moyens en thérapeutique. »

Eviter les refroidissements, sans fatiguer les petits malades par une température trop élevée. Notre maître, M. J. Simon, recommande l'enveloppement des jambes et des pieds dans des bottes de ouate, qui entretiennent une moiteur constante dans ces régions, et dérivent l'afflux sanguin thoracique.

Dans les cas bénins, restreindre à peine la nourriture; dans d'autres plus sévères, permettre seulement le bouillon et le lait. Toutefois dans les deux premières années, l'organisme a grand besoin d'être soutenu, et il est indiqué de relever les forces en faisant prendre avec le lait un peu d'eau-de-vie ou de rhum, de 6 et 8 grammes, jusqu'à 15 grammes, selon l'âge et la vigueur du sujet.

Dès que les râles deviennent humides, et chaque fois que l'inflammation s'étend par brusques poussées, *l'ipéca*, à dose vomitive, produit un excellent effet, à moins que l'enfant ne soit très jeune et très débile. Il ne faut pourtant pas en abuser. « Guersant disait, par un trope hardi, qu'on pourrait nourrir les enfants d'ipéca, pour caractériser d'un mot l'innocuité de ce médicament comparé au tartre stibié. Mais il ne faut jamais prendre à la lettre les figures de rhétorique, et l'on peut abuser même de l'ipéca; la diarrhée qu'il provoque, l'affaissement qu'il cause, sont peu graves, mais encore ne faut-il pas les entretenir indéfiniment. » En tout cas, jusqu'à six ans aux moins, il faut absolument proscrire le tartre stibié.

Pour modérer la sécrétion bronchique, quand l'expectoration est très grasse et très abondante, *l'oxyde blanc d'antimoine* et, surtout le *Kermès*, remplissent l'indication, le dernier se donne à la dose de 2 à 10 et 15 centigrammes, selon l'âge de l'enfant.

Quand la résolution complète se fait attendre, les balsamiques interviendront à propos, depuis le sirop de Tolu jusqu'au sirop de térébenthine, que les enfants supportent bien, de une à trois cuillerées par jour; l'émulsion de tolu, les eaux minérales sulfureuses à faibles doses, un verre à bordeaux dans une tasse de lait, chaque jour, peuvent aussi rendre des services. Chez les enfants scrofuleux surtout, dont les bronchites sont longues et tenaces, les *sulfureux* sont utiles; on en augmentera l'efficacité par l'huile de morue, les préparations antiscorbutiques et de quinquina. Nous y reviendrons à propos des bronchites chroniques et diathésiques.

Quand la bronchite tend à gagner rapidement une grande étendue de l'arbre aérien, et qu'elle s'accompagne de poussées de congestion, il faut insister sur les *révulsifs*. Les plus usités sont le papier chimique, que mon maître J. Simon recommande de découper en petits carrés que l'on colle en grand nombre les uns à côté des autres,

en les laissant séparés par un petit intervalle, autour de la poitrine — moyen plus avantageux que l'application d'une seule feuille qui bride la poitrine et gêne les mouvements respiratoires. On peut encore badigeonner avec la teinture d'iode, et envelopper le thorax d'une couche de ouate recouverte de taffetas gommé. Il faut proscrire les frictions d'huile de croton et l'emplâtre de thapsia, pour les raisons énoncées plus haut.

Mais le moyen le plus efficace assurément, le plus facile à employer contre l'élément congestion, ce sont les ventouses sèches en nombre suffisant pour couvrir la poitrine en avant et en arrière, s'il le faut, ou pour occuper seulement l'espace où les signes de congestion se font enteudre. On peut les réitérer aussi souvent que le besoin s'en fait sentir sans aucun inconvénient.

La bronchite, aiguë CHEZ LE VIEILLARD est intéressante à étudier, dit Durand-Fardel, dans ses rapports avec la catarrhe, soit qu'elle le précède et en devienne le point de départ, soit qu'elle se montre comme épiphénomène pendant sa durée, soit enfin qu'elle le termine, en terminant la vie, et en devenant elle-même le point de départ d'accidents nouveaux et mortels. Nous aurons l'occasion naturelle d'y revenir en parlant de la bronchite chronique. Un rhume survenant chez un vieillard non affecté de catarrhe tend, il faut le savoir, presque toujours à passer à l'état chronique. L'inflammation siége habituellement dans la partie inférieure de l'arbre aérien. Beau a fait bien ressortir ce fait, la trachéite est exceptionnelle chez le vieillard. On observe chez le vieillard plus de malaise général, d'affaiblissement, de somnolence même, plus de dyspnée surtout, une expectoration plus fatigante. On voit très communément la langue se couvrir d'enduits saburraux, l'appétit se perdre.

Chez le vieillard la thérapeutique consiste à insister sur les évacuants, purgatifs légers, huileux, vomitifs (l'ipéca seul), les boissons amères, toniques et vineuses, même l'alcool. Pas de diète absolue. Le vieillard doit être un peu traité comme l'enfant.

(*A suivre*) PAUL GERNE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ASSEMBLÉE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE, COMPTE-RENDU DE M. LE DOCTEUR FOVILLE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — LES SYNDICATS MÉDICAUX A L'ASSOCIATION.

Le 1er et le 2 avril dernier, *l'Association générale* de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France, tenait à Paris sa *vingt-quatrième* assemblée générale. M. le docteur *A. Foville* qui a succédé à M. *A. Latour* comme secrétaire général a présenté un rapport annuel plein d'intérêt dont nous allons donner aux lecteurs du *Concours* une analyse aussi complète et aussi impartiale que possible. Au cours de son travail, M. A. Foville a dû s'occuper des *syndicats médicaux*, et c'est le motif qui nous a déterminé à entreprendre le résumé critique que l'on va lire.

Après quelques précautions oratoires dans lesquelles il fait délicatement l'éloge de son regretté prédécesseur, et par lesquelles il cherche à se concilier la faveur de son auditoire, M. Foville rappelle les pertes douloureuses que l'Association a faites dans le courant de l'année écoulée. Les deuils so t nombreux, et, parmi les hauts dignitaires de l'Association, sans compter le dévoué, l'infatigable secrétaire général que tout le monde regrette, la mort a encore enlevé Woillez, Jules Cloquet qui a été le maître et l'ami de tant de génér itions médicales! Si nous passons aux Sociétés locales, nous enrégistrons les pertes douloureuses de cinq présidents: MM. Georges, d'Alger; Ségure, de l'Aveyron; Pouquer, du Finistère; Lachenal, de la Haut-Savoie et Claudot, des Vosges. Puis viennent Flaubert, de Rouen; Lambron, du Cher; Rolland, de l'Yonne; Meschinet, de Deux-Sèvres; Martin, de la Nièvre, etc., etc.; puis enfin un grand nombre d'autres confrères, soldats obscurs qui n'avaient occupé, dans les Associations dont ils faisaient partie, qu'une situation plus modeste.

De nouveaux adhérents sont venus combler les vides laissés par ces morts regrettés, et grossir encore le nombre des membres de l'Association.

Une nouvelle Société locale agrégée à l'Association générale, s'est formée à *Constantine*. Celle des Basses-Pyrénées a été reconstituée, de telle sorte que l'Association compte aujourd'hui quatre-vingt seize Sociétés locales agrégées. Elle est en progrès.

Passant ensuite à l'examen de la situation financière de l'Association, M. Foville nous fait connaître que l'encaisse total s'élève aujourd'hui à environ un million sept cent mille francs. Les secours alloués s'élèvent à 67, 560 francs.

Si on ne considérait que ce chiffre en lui-même, il est certain qu'il y aurait lieu d'être grandement satisfait; mais il est utile de se rendre compte de la manière dont il se décompose. Voici comment il se divise :

66 pensionnaires ont reçu............	27,800 fr.
111 veuves filles ou mères de sociétaires.	25,960 fr.
40 sociétaires........................	12,150 fr.
37 personnes étrangères..............	1,650 fr.

La somme de 67,560 fr. a donc été repartie entre deux cent cinquante-quatre personnes et les secours se sont par conséquent élevés, en moyenne, à 265 fr. environ par tête, ce qui, on l'avouera, est un chiffre bien peu élevé, bien insuffisant!

Si nous examinons la distribution de ces fonds à un autre point de vue, nous trouvons que les pensionnaires ont touché environ 421 fr. chacun; les veuves, filles ou mères........ 233 fr. — les sociétaires.................. 303 fr. — les personnes étrangères........ 44 fr. —

« Tels sont, Messieurs, dit M. Foville, les résultats « obtenus, tant par notre caisse des retraites, que par « les autres moyens d'assistance dont nous disposons. « Ces résultats sont-ils satisfaisants?

« C'est à vous, Messieurs, qu'il faut demander la ré« ponse, et je dois vous dire qu'à cet égard, les rapports « des Sociétés locales se montrent généralement satis« faits. On s'accorde à reconnaître qu'en ce qui concerne « l'assistance, et en tenant compte de la modicité de la

« cotisation, le but poursuivi par l'Association est large-
« ment atteint.

« En voulez-vous un exemple : écoutez ce passage du
« dernier compte-rendu de M. le Trésorier de la Gironde,
« Après avoir constaté que jusqu'à ce jour, 28,211 fr.
« ont été versés à la Caisse des retraites par la Société
« dont il administre les finances, il ajoute : « J'ai entendu
« dire que nous aurions eu plus d'avantage à garder
« cette somme qu'à nous en désaisir. En supposant que
« nous ayons pu le faire, les chiffres ne nous permettent
« pas de partager cette opinion. Qu'aurions-nous fait
« avec ces 28.211 francs ? Nous aurions pu faire un pla-
« cement sur l'État et obtenir 1.000 et quelques francs
« de rente annuelle. Mais la caisse de Paris a mis entre
« les mains de nos pensionnés des titres qui leur procu-
« rent 2.100 francs de rente, c'est-à-dire la rente d'un
« capital supérieur à 55.000 francs. Pour une somme en-
« voyée, nous recevons l'intérêt d'un capital double. Le
« placement ne saurait être blâmé, car il est très avan-
« tageux. » (Quoi de plus démonstratif !)

Cela prouve seulement l'avantage que les sociétés locales retirent de leurs rapports avec la Société centrale. Ici comme ailleurs le nombre et l'entente sont des éléments de force. On a obtenu un beau résultat, mais il n'y a pas lieu de crier au miracle. Au point de vue de l'efficacité des secours accordés, il n'est pas possible d'admettre que des miseres aient été sérieusement soulagées. Une goutte d'eau ne saurait éteindre un incendie ! Et ce que l'on a distribué à chacun est une goutte d'eau, continue M. Foville.

« Nous devons avouer, cependant, qu'à côté de nom-
« breuses marques d'approbation, nous avons reçu d'un
« des membres du Conseil général, des reproches motivés
« sur l'insuffisance des pensions votées.

« Ces reproches, Messieurs, loin de nous affliger nous
« ont été particulièrement agréables ; au lieu de les voir
« isolés nous voudrions qu'ils fussent unanimes. A ce
« mal, en effet, le remède est facile et il ne dépend que
« de vous. Que tous les membres de l'Association souf-
« frent, comme notre honorable Censeur, de l'exiguïté
« des pensions actuellement données, et tous travaille-
« ront avec ardeur aux moyens d'accroître ce chiffre.
« La caisse des retraites, cela va de soi, ne peut donner
« qu'a condition de recevoir. »

Non seulement ce qui précède ne prouve pas qu'il y ait lieu d'être grandement satisfait, mais encore nous y trouvons volontiers une preuve de l'insuffisance de l Association, comme institution de secours.

Nous ne voudrions pas qu'on pût supposer que nous sommes animé d'un sentiment d'hostilité à l'égard de l'Association générale des médecins de Francs. Nous voudrions qu'elle PUT secourir plus efficacement ses membres tombés dans le besoin. Nous voudrions mieux encore : nous souhaiterions qu'à l'imitation de la Caisse des médecins belges, elle donnât des pensions *de droit* à tous ses membres arrivés à un certain âge. Celle-ci, après *douze années* seulement d'existence, et *avec cinq cents membres seulement,* a pu distribuer à chacun de ses pensionnaires une somme de 672 francs. Voilà un résultat encourageant !

Mais le chiffre de la cotisation, dira-t-on, est bien plus élevé ! Sans doute ; mais aussi bien les pensions sont *de droit* : chacun peut espérer en profiter et ne considère point sa cotisation comme une aumône ou comme une de ces sommes que l'on sacrifie un peu au hasard. L'examen de cette thèse nous mènerait trop loin : nous y reviendrons un jour. Nous voulons seulement dire, pour le moment, que. quelle que soit l'augmentation du nombre des membres de l'Association, avec son organisation actuelle, elle n'arrivera jamais à donner des résultats vraiment efficaces. Les dons volontaires ne sauraient suffire.

Au point de vue de la défense professionnelle, l'Association a fait quelque chose ; voici comment s'exprime M. Foville :

« Nous ne devons pas seulement venir au secours des
« vétérans de la profession les plus éprouvés par l'in-
« fortune ; l'Association se propose en outre de mora-
« liser l'exercice de la médecine et de protéger les inté-
« rêts professionnels. Remplit-elle ce rôle ?

« Evidemment, elle ne fait pas tout ce qu'elle voudrait
« faire, et la législation qui régit encore l'exercice de la
« médecine lui oppose, à cet égard, des obstacles insur-
« montables, qui ne vous sont que trop bien connus ;
« nous le déplorons tous. Mais, au moins, dans les li-
« mites étroites où l'Association est libre d'agir, fait-
« elle tout ce qu'elle peut ? »

Evidemment l'Association fait ce qu'elle peut, mais *ce qu'elle peut* est absolument insuffisant. Lisez plutôt ce qui suit, relativement aux poursuites exercées contre ceux qui exercent illégalement la médecine :

« L'ensemble des résultats obtenus est peu encoura-
« geant, dit M. Foville. Trop souvent, les poursuites in-
« tentées contre les charlatans aboutissent à l'impunité
« ou à des peines dérisoires ; bien plus, elles leur ser-
« vent de réclame et leur donnent, aux yeux d'un cer-
« tain public, la prestige de la persécution. Ne s'est-il
« pas trouvé, dans un de nos départements du Midi,
« deux magistrats, dont l'un comblait d'éloges un dange-
« reux rebouteur, tout en le condamnant à une légère
« amende, et dont l'autre alla, immédiatement après l'au-
« dience, réclamer les soins d'un médicastre femelle que,
« malgré des contraventions fort bien établies, il venait
« d'acquitter ? »

Il est vrai que quelques condamnations ont été prononcées, et, dans un cas grave, sans doute, on a pu obtenir jusqu'à 500 francs d'amende !! Pour être juste, il faut reconnaître que cela ne se voit que bien rarement.

Quelques présidents ont obtenu des succès relatifs par leur intervention officieuse dans des circonstances, où les intérêts et la considération de leurs confrères étaient engagés.

« Un pharmacien de Toulouse, dit M. Jougla, secré-
« taire général de la Société de la Haute-Garonne, dans
« son rapport, annonçait, par les journaux et par l'affi-
« chage public, qu'il possédait des préparations souve-
« raines pour faire cesser la stérilité et pour faire pro-
« créer, à volonté, des filles ou des garçons ; le ton de
« ses réclames participait de l'exercice illégal de la mé-
« decine et de l'outrage aux mœurs. Prévenu officieu-
« sement par le bureau de l'Association de la Haute-
« Garonne, qui s'était concerté à cet effet, avec l'Associa-
« tion des Pharmaciens du Sud-Ouest, le parquet de Tou-
« louse fit mander ce pharmacien peu scrupuleux ; les

« avis, qui lui furent donnés en confidence, suffirent « pour le rappeler à l'ordre.

« Un saltimbanque effronté, Italien d'origine, exer- « çant son art sur un char attelé de quatre chevaux et « surmonté d'un bruyant orchestre, se pavanait sur les « places publiques de Toulouse; non content d'arracher « les dents, il pratiquait de véritables opérations chirur- « gicales, à l'aide du bistouri. Le président de l'Asso- « sociation se rendit auprès du commissaire central pour « lui dénoncer ce praticien interlope. Invité à produire « le diplôme, en vertu duquel il prétendait avoir le droit « d'exercer, le saltimbanque se hâta de déguerpir du dé- « partement.

Nous sommes heureux, pour nos confrères de Toulouse, du fait signalé par M. Jougla. Il est vrai que, depuis, les choses ont changé. Personne n'a encore oublié la fameuse sage-femme exerçant illégalement, et qui, menacée de poursuites au nom des deux sociétés qui existent dans le département de la Haute-Garonne, a répondu par une fin de non recevoir qui est le plus insolent défi qui se puisse imaginer. Nous ne pensons pas qu'il ait été relevé à l'heure où nous sommes. Je regrette que M. Foville ait oublié de nous en parler.

L'Association est bien intervenue dans quelques questions de règlement d'honoraires ; elle a réussi à réconcilier un certain nombre de confrères, dont les relations étaient très tendues; quelques rares sociétés locales ont bien étudié un certain nombre de questions de déontologie, et facilité ainsi les bons rapports entre médecins; mais, encore une fois, ce que l'on a fait est insuffisant.

Ici venait forcément se placer la question des *Syndicats médicaux*.

Disons, tout d'abord, que M. Foville s'est montré, dans l'examen de cette délicate question, beaucoup plus calme et plus conciliant que ne le fût l'année dernière M. Martineau, en semblable circonstance. Monsieur Foville n'a pas repoussé d'une façon absolue les syndicats ; il estime que l'étude de la question s'impose aujourd'hui d'une manière invincible. Après avoir examiné ce qu'a fait l'Association générale de médecins de France :

« Sans doute, dit-il, on doit désirer mieux encore; « mais croit-on qu'il n'y ait qu'à se réunir sous un « nouveau nom et à annoncer des intentions franchement « militantes, pour obtenir des résultats beaucoup plus « satisfaisants?

« Croit-on que le fait de se grouper, en prenant le ti- « tre de syndicat, suffira pour faire disparaître les clients « réfractaires et les concurrents déloyaux, pour ren- « dre toutes les administrations généreuses, et assurer « toujours aux médecins une rémunération large et « égale?

« Le doute est peut-être permis; mais comme la ques- « tion s'impose, aujourd'hui, impérieusement à l'atten- « tion de la profession, il importe qu'elle soit examinée, « ici, avec sollicitude et avec sang-froid.

Notre confrère ne pense pas que le Conseil général de l'Association doive, pour le présent, prendre parti pour ou contre les syndicats; puis il continue :

« Un moment, sans doute prochain, viendra où il y « aura lieu d'agir dans l'intérêt de tous, et alors, soyez- « en c[...]ains, nous n'hésiterons pas.

« En attendant, nous avons le devoir de surveiller le « mouvement des esprits, et surtout, d'étudier les ten- « dances qui se manifestent dans les Assemblées des So- « ciétés locales; presque toutes, en effet, ont délibéré « sur cette question.

« Il est évident, que si, dans les assemblées, il se ma- « nifestait un courant d'idées général, et à peu près « unanime, soit en faveur des syndicats, soit contre eux, « ce courant dicterait au Conseil général, qui est l'éma- « nation de toutes les Sociétés réunies, la ligne de con- « duite qu'il aurait à suivre. Mais rien qui ressemble « à ce courant unanime ne peut être découvert dans les « rapports des Sociétés locales; on y rencontre, au con- « traire, des appréciations fort opposées.

« Les syndicats ont, parmi les membres de l'Associa- « tion, quelques partisans convaincus, et un certain nom- « bre d'adversaires déclarés ; mais la grande majorité, « peu enthousiaste, est d'avis d'attendre : d'une part, « que l'on soit en face d'une législation promulguée ; « d'autre part, que les résultats obtenus par les syndi- « cats qui existent déjà de fait soient bien connus, et « qu'une expérience suffisante permette de les juger en « connaissance de cause. »

Ainsi les membres de l'Association se divisent en trois catégories selon qu'ils sont favorables, indifférents ou hostiles aux syndicats. Des indifférents nous ne dirons rien : nous avons la persuasion que, mieux informés, demain ils seront avec nous.

Les partisans ardents des syndicats ne sont point les plus nombreux; mais il est juste de reconnaître qu'il en est dont le zèle est parfois excessif. Il s'en est trouvé même (et nous les blâmons), qui se sont éloignés de l'Association. M. Foville prétend qu'il s'en est trouvé jusqu'à trois... nous pourrions en nommer bien davantage et, je le répète, à mon avis, c'est une mesure inopportune.

Quant à ceux qui sont ouvertement hostiles à l'institution des syndicats, les motifs avoués de leur hostilité ne sauraient supporter une discussion sérieuse. Ils feignent de croire que les syndicats vont enlever au médecin sa dignité, sa liberté, son indépendance.

« M. le docteur Damourette, secrétaire de la Société « de l'arrondissement de Vitry-le-Français, ne sent pas « la nécessité d'une autre Association que la nôtre, et il ajoute : « Je me défie instinctivement des syndicats « médicaux, parce que je leur crois, à tort peut-être, « une tendance à l'autoritarisme, et que je ne veux « abdiquer mon indépendance entre les mains de per- « sonne. ».....

« C'est en invoquant les mêmes principes, que le Dr « Bourland-Lusterbourg, secrétaire général de l'Asso- « ciation du Rhône, s'écrie avec un souffle généreux et « un accent convaincu : « Sans vouloir scruter vos cons- « ciences, qui de vous n'a mis dans la balance ce je ne « sais quoi qui s'appelle l'indépendance? Cette indépen- « dance qui n'a, pour le moment, d'autres limites que le « cœur, le bon vouloir, le mouvement généreux qui vous « porte tous à secourir le client le plus ingrat, dans un « cas périlleux? Et vous voudriez abdiquer cette indé- « pendance, vous vous voudriez subir la loi d'un syn- « dicat! »

Subir la loi d'un syndicat ! Est-ce que, par hasard, M. le Dr Bourland-Lusterbourg aurait la prétention de ne pas obéir à des lois? ou bien serait-il, dans son esprit, moins honorable de se plier à celles qu'on a faites soi-même, avec des confrères recommanda-

bles, dans un intérât général, que de se courber devant eelles que le législateur a édietées? Liberté, dignité, indépendanee!

Eh bonnes gens! Pensez-vous que nous ne soyons pas aussi jaloux que qui que ce soit de ces nobles prérogatives. Les notaires, les avoeats, les avoués, paree qu'ils ont une ehambre de diseipline (qui est une vraie chambre syndicale), sont-ils moins dignes, moins libres, moins indépendants que les médecins? Je crains bien que, pour un grand nombre, les mots n'aient le don de cacher le manque d'idées. « *Verba et voces, prœtereaque nihil!* »

Un des reproches faits par M. Foville aux syndicats est le manque d'unité des vues.

« Cette unité de vue et de mode d'action existe-t-« elle, dit-il? En aucune façon; là aussi, là surtout, de-« vrais-je dire, les tendances sont divergentes et les « courants opposés. Je ne vous en donnerai qu'une « preuve et je l'emprunterai à une lettre toute recente « d'un des médecins qui travaillent le plus activement à « la propagation des syndicats, M. le Dr Barat-Dulau-« rier.

« Cette lettre (Voir le *Concours médical* numéros du « 27 janvier 1883. révèle parmi les apôtres des syndi-« cats l'existence de deux programmes bien différents, de « deux camps animés de vues absolument opposées. Dans « l'un « on paraît tenir à une réglementation à outrance. « On voudrait que les articles du réglement fussent de « véritables lois draconniennes, frappant, avec une inexo-« rable sévérité, quiconque les aurait enfreintes.

« Nous voulons, disent les partisans de ce système, « que le médecin qui manquera à sa parole soit mis au « ban du corps médical et cesse d'être considére comme « confrère. Nous le tiendrons pour médicastre, pour un « homme sans honneur, et nous le traiterons comme « tel. L'Assemblée des membres syndiqués le déclarera « indigne du nom de médecin et l a plus grande publi-« cité sera donnée au procés-verbal. »

« Voilà, messieurs, un des programmes. »

M. Foville ici commet une erreur. Ce qu'il veut bien considérer comme un programme et qu'il blâme très justement, n'est point un programme. Aucun syndieat n'a adopté des mesures si bien faites pour éloigner les adhérents. Il s'agit d une idée toute personnelle, émise à titre individuel, par un confrère trop exalté. Mais, nulle part, de semblables prétentions n'ont été émises par ceux qui ont élaboré l'un des règlements qui existent. L'unité de vue ne saurait un instant être mise en doute. Tous les règlements publiés répondent, au contraire, à une idée commune, et visent un but identique.

« M. Barat-Dulaurier, continue M. Foville, est, du « reste, le premier à repouss de pareils principes, « et l'autre programme, celui qu'il préconise, est tout « différent.

« Cherchons, dit-il, tout ce qui peut nous unir, nous « rapprocher, rendre les relations entre confrères plus « fréquentes, plus faciles, plus cordiales. Se voir sou-« vent, c'est le moyen d'arriver bien vite à s'estimer et « à rendre inutile tout luxe de réglementation. Des sta-« tuts sévères éloigneront sûrement un grand nombre de « confrères qui eussent adhéré volontiers à une œuvre « de rapprochement. »

« Autant les prétentions autoritaires du premier pro-« gramme vous ont paru condamnables, autant les prin-« cipes du second vous paraîtront dignes d'éloges. Com-« ment pourrions-nous ne pas les approuver, puisque ce « sont précisément ceux qui dirigent l'Association gé-« nérale, ceux qui ont fait son succès, ceux qui assurent « son autorité?

« N'oublions pas, d'ailleurs, que, parmi les syndicats « existants, il y en a qui imposent à tous leurs membres « l'obligation d'honneur de faire partie de l'Association « générale, et qui stipulent qu'en cas de dissolution, les « fonds restant disponibles seront versés daus notre « caisse des retraites. Ceux-là, à coup sûr, ne peuvent « pas être considérés comme nos antagonistes; il serait « plus juste de dire que, déjà, ils ne font qu'un avec « nous. »

Dans deux eirconstances on a, en effet, projeté d'exiger des membres des syndicats l'engagement de faire partie de l'Association générale: c'est à Lyon et à Compiègne; mais les promoteurs de ces propositions n'ont eu aueun succès, et les syndicats en question sont encore à l'état de projet. Nous n'admettons pas qu'on impose une obligation semblable à l'un de nous: nous estimons que ce serait attenter à sa liberté, et notre liberté nous en sommes aussi fiers et aussi jaloux que peuvent l'être ceux qui repoussent les syndicats sous prétexte d'indépendance.

Nous ne disons point, comme M. Foville, qu'un certain nombre de syndicats ne font qu'un avec l'Association: nous avons assez souvent montré que les deux institutions doivent demeurer distinctes; mais nous relevons cette proposition émise par lui: « que NOUS NE SOMMES POINT LES ANTAGONISTES DE L'ASSOCIATION ». Nous voulons servir les intérêts du corps médieal à côté d'elle, dans d'autres circonstanees et par des moyens que nous jugeons plus efficaces.

Nous ne suivons pas le même chemin; nous n'usons pas des mêmes procedés, mais nous tendous vers un but commum: l'amélioration du sort du plus grand nombre.

Quoi qu'il en soit, nous eonstatons avee une satisfaction que nous ne ehereherons point à dissimuler, les progrès aecomplis depuis un an. L'idée des syndicats a grandi; ella a fait un chemin eonsidérable. Hier, c'était l'hostilité nullement déguisée. (Voir le rapport de M. Martineau, *Union médicale*, 1882, page 711); Aujourd'hui, c'est une neutralité presque bienveillante. Nous avons la ferme espéranee, — nous allions presque dire la eonvietion, — que, dans un avenir très prochain, l'Association Générale des médecins de France accordera son appui à l'œuvre des Syndicats.

Le Secrétaire de la Commission Générale des Syndicats,

Dr Ad. Barat-Dulaurier.

Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

COURRIER

Un cas de malformation des organes génitaux

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous transmettre un cas fort curieux d'hermaphrodisme ; voyez s'il présente un intérêt suffisant pour espérer recevoir l'hospitalité dans les colonnes du *Concours*.

Ma... âgée de cinquante-huit ans, entre à l'Hotel-Dieu d'Amiens le 5 juillet 1882; elle fut réglée de seize à quarante-deux ans et l'écoulement mensuel dura chaque fois deux jours environ. Cheveux longs, mamelles développées, absence de barbe, tels sont les caractères qui tout d'abord la font ranger dans le sexe féminin dont elle porte du reste les habits: en revanche elle boit parfaitement ses sept ou huit verres, fume force pipes, sa forte voix de basse contraste étrangement avec ses vêtements, et les pénibles travaux auxquels elle se livre ne sont pas habituels au sexe faible: voilà ce que nous savions à son entrée, l'opération que je vais rappeler nous à permis de nous rendre compte de cet antagonisme.

Depuis 1859 déjà, M... était atteinte de hernie inguinale incomplètement contenue; le 10 juin 1882, elle ressentit tous les symptômes de l'étranglement et deux médecins appelés *en toute hâte* firent le débridement. Infatigable, elle reprit ses occupations habituelles le 17, laissant même souvent de côté le défectueux bandage qu'elle avait en sa possession depuis de longues années; le 5 juillet des souffrances plus intolérables encore que précédemment la décidèrent, n'y pouvant plus tenir, a entrer à l'Hôtel-Dieu d'Amiens. Le taxis pratiqué une première fois dans le lit, aussitôt son arrivée, et une deuxième, sans plus de résultat, dans un bain tiède, fut encore essayé inutilement une dernière fois (taxis forcé à quatre mains pendant 1/4 d'heure) avant de tenter l'opération. Monsieur le Dr Herbet, directeur de l'Ecole, fit alors le débridement multiple de Vidal de Cassis, ce qui nous permit de réduire environ deux mètres d'intestin fortemen congestionné sur une longueur de vingt centimètres. La plus grande circonspection fut nécessaire pour ne pas léser un corps ovalaire logé dans la partie supérieure de la grande lèvre et mis à découvert en partie au fond de l'incision ; cet organe a son congénère dans la grande lèvre du côté opposé et malgré son vif désir de savoir quelle pouvait être la structure de cette glande, Monsieur le Dr Herbet ne voulut pas l'enlever. Etions-nous en présence d'un testicule ou d'un ovaire? il serait difficile de se prononcer, car si l'apparition des meustrues peut nous faire croire à un ovaire, signalons par anticipation l'absence d'utérus chez ce sujet.

Pansement avec charpie trempée dans l'alcool, glace intus et extra, limonade gazeuse, frictions sur le bas-ventre à la pommade mercurielle belladonnée ; sauf une inflammation consécutive surtout marquée du 8 au 13 et une incontinence d'urine pendant les huit jours qui suivirent l'opération, la guérison marcha rapidement, et M... sortit de l'Hôtel-Dieu quatre semaines après son entrée.

Revenons à l'hermaphrodisme : les organes génitaux sont couverts de poils et on remarque un développement exagéré du clitoris muni d'un gland imperforé; il n'existe pas de méat urinaire et de l'orifice vulvaire la sonde pénètre presque immédiatement dans la vessie. Une autre particularité à laquelle je faisais tout à l'heure allusion, c'est l'absence d'utérus, ce dont il est facile de se rendre compte en introduisant le doigt dans le rectum; si alors une sonde, pénétrant dans la vessie, est maintenue solidement, on la sent fort bien sans qu'il soit possible de constater l'interposition d'un corps quelconque rappelant soit l'utérus, soit la prostate. Il n'y a pas, à proprement parler, de petites lèvres, les grandes au contraire, sont très accentuées; l'orifice vulvaire fort étroit ne pourrait permettre actuellement l'intromission du pénis : les choses ne se seraient pas toujours passées de cette façon, car M..., qui n'a aucun penchant pour les femmes, aurait eu jusqu'à trente ans plusieurs amants sans, pour pour cela, éprouver une bien grande satisfaction... Enfin, pour terminer, est-il besoin d'ajouter que cette simili-femme, n'a jamais été enceinte.

Recevez, etc, Dr Dibelin-Trabaut.

L'hermaphrodisme nous paraît loin d'être démontré en ce cas; l'absence d'utérus et le développement du clitoris ne prouvent rien, c'est la présence des testicules ou des ovaires qui, seule, peut déterminer le sexe. Le cas de malformation, que notre confrère a bien voulu nous transmettre, n'en est pas moins fort intéressant et nous le remercions de son observation; nous regrettons seulement qu'il ne se soit pas expliqué plus longuement sur la communication qu'il a signalée entre la vessie et l'orifice vulvaire. J.-G.

VARIETES

A M. Francisque Sarcey.

(Deuxième article).

DE L'HONNÊTETÉ PROFESSIONNELLE

La médecine n'a pas, pour chaque forme morbide, une indication déterminée. Elle a égard à la constitution et au tempérament du sujet malade, à ses habitudes, a l'âge, au temps, etc. Voilà pourquoi elle est un art difficile à exercer, dont la pratique exige beaucoup de tact et de délicatesse. Il faut avoir mis la main à la pâte et être un homme de cœur pour le savoir.

Il n'est pas permis de se livrer à des essais, sauf à l'occasion de cas tout à fait désespérés, et encore quand on est bien sûr de ne pas mal faire. *Primo, non nocere.*

Or, quand les essais sont inoffensifs, s'ils ne coûtent rien aux familles, et s'ils n'exigent que du dévouement et

de l'abnégation de la part des médecins, ils sont toujours permis. De ces essais-là, les médecins ne sont pas chiches. Je vais raconter comment, dans une circonstance assez embarrassante je réussis, grâce à un essai peu dangereux et peu coûteux, à tirer d'affaire une personne dont je ne connaissais pas les antécédents.

On vînt une nuit me chercher pour une jeune fille dont les parents habitaient depuis peu dans mon voisinage. Elle était traitée par deux médecins de Besançon, les docteurs Hugon et Bouton; mais on n'avait pas voulu les déranger à une heure aussi indue, à cause de l'éloignement.

Je trouvai la malade dans une angoisse extrême, ne pouvant plus respirer, avec un pouls petit, misérable et précipité. Elle poussait par intervalle des cris affreux. Elle avait un ventre énormément distendu, ballonné, luisant, prêt à éclater.

Que faire?

Les médecins ordinaires, disait-on, croyaient à un étranglement intestinal, moi, je n'étais guère fixé; je ne croyais à rien.

J'administrai *illico* ce que nous avions sous la main, de l'éther, de l'eau de fleurs d'oranger, de la menthe, que sais-je! Puis je fis, à tout hasard, préparer un grand bain pour y mettre la malade.

Elle s'y trouva bien. Elle y passa sept heures consécutives et en parut un peu soulagée. Mais, dans la nuit suivante, les accidents reparurent de plus belle. Un second bain n'eut pas, a beaucoup près, autant d'efficacité que le premier.

Je fis part à mes deux confrères de l'embarras dans lequel je m'étais trouvé; et je leur demandai de m'autoriser, en cas de mort imminente, à ponctionner, a l'aide du trocard, l'abdomen pour dégager les gaz qui menaçaient de rompre leur enveloppe intestinale.

La nuit d'après, comme je m'y attendais, notre jeune malade fut reprise avec plus d'intensité. J'étais seul avec un vieil oncle, — car le père et la mère, anéantis, s'étaient retirés dans le salon où ils pleuraient. J'eus l'idée avant de recourir à la ponction, d'essayer de faire une compression méthodique sur ce ventre tympanisé. Cela ne tirait pas à conséquence.

Je fis coudre à la hâte une vingtaine de cordons à une longue serviette que j'avais pliée comme une large ceinture, et j'en comprimai de haut en bas l'abdomen en resserrant les tresses peu à peu et successivement.

La patiente parut respirer mieux. Elle souffrit moins.

Sur ma recommandation, on resserra de plus en plus les cordons de la ceinture à mesure que celle-ci se relâchait par suite du retrait ou de l'absorption du gaz; et, sur le matin, le pouls était moins innombrable et l'on pouvait espérer déjà que la malade irait mieux.

En effet, on n'eut plus qu'à maintenir la compression, et la santé petit à petit se rétablit.

A deux mois de là, notre malade, qui était une fille de dévotion, put se rendre à Fourvières, en suite d'un vœu qu'elle avait fait pour remercier Notre-Dame de sa guérison. Là, elle essaya de quitter sa ceinture; mais elle fut obligée de la reprendre et de la conserver encore pendant plusieurs semaines.

Que dit la théorie de cette manière de faire? Que dit-elle de la compression? Je n'en sais rien. En fait, la compression occasionne souvent la colique chez les chevaux qu'on est obligé de désangler après leur repas..... pourquoi? Que sont devenus les gaz comprimés? Où ont-ils passé? La théorie décidément n'est bonne qu'après l'observation. C'est une remarque à l'adresse de M. Francisque Sarcey qui veut que l'observation marche après la théorie. Comme on reconnaît bien à cela les savants de cabinet!

Cet essai de compression n'aurait pas été concluant, si un nouveau cas de météorisme ne s'était présenté à mon observation.

Le 22 janvier 1883, j'allai voir une veuve J..... qui, elle aussi, avait le ventre fortement distendu par des gaz. Elle était constipée; mais elle ne vomissait pas. Elle avait le pouls petit, très fréquent, surtout quand elle éprouvait ses vives tranchées qui étaient intolérables et qui lui faisaient pousser les hauts cris.

J'avais besoin d'agir avec beaucoup de ménagement, ayant affaire à une personne délicate, amaigrie par suite d'une affection chronique des intestins. Je me bornai donc à des fomentations émollientes, à des lavements laxatifs, à des infusions d'anis et de camomille, à du bouillon de poulet, etc.

Les jours suivants, il y eut des alternatives de mieux et de pire. Mais le ventre restait toujours ballonné et les coliques persistaient. J'employai sans utilité un enduit général de collodion élastique. Ce moyen parut même augmenter plutôt que diminuer les douleurs.

Le 24 janvier, je fais appliquer la compression qui fut suivie d'une amélioration presque immédiate et persistante.

Le 26, la malade allait tout à fait bien.

Jamais Guillaume Paulet n'a eu la pensée de réprouver des essais pareils.

En voici d'autres que, dans certaines circonstances, un médecin pourrait tenter sans forfaire.

L'épidémie cholérique de 1856, dont j'ai parlé précédemment, se communiqua au village de Chalezeule, où j'étais appelé à soigner des ouvriers. Le maire me pria de visiter un pauvre homme de sa commune, nommé Marquis, lequel venait d'être atteint de choléra. Marquis présentait, en effet, tous les symptômes observés chez les cholériques. Je prescrivis du chaud extérieur et des frictions, et j'invitai le malade à s'abstenir des boissons trop copieuses qui provoquaient les vomissements et la diarrhée.

Marquis n'était pas homme à se passer de boire. Après mon départ, il se fit transporter dans ses couvertures sur le bord de la rivière; et là, il but à satiété des quantités d'eau énormes qui produisirent, comme on peut le penser, un beau lavage intérieur. Ce lavage lui fut salutaire; car, quelques jours après, il était tout à fait guéri.

Voilà certes un cas fortuit qui serait de nature à diriger des essais en ce sens. On pourrait conseiller les boissons copieuses aux cholériques qui n'ont pas la force de résister à la soif. Mais quant à prescrire, sur une donnée aussi incertaine, ce mode de traitement d'une manière générale, c'est une autre question. *Experientia fallax.* Une hirondelle ne fait pas le printemps. Il ne suffit pas d'un fait isolé pour justifier une infraction constante à des règles fondées sur une pratique ancienne et confirmée par l'expérience.

Au surplus, chez les ivrognes, il faut s'attendre à l'imprévu: tout état pathologique est chez eux irrégulier, brusque et surprenant. J'ai connu au village de Broye-les-Pesmes un paysan surnommé Pintot, à cause de ses habitudes de grand buveur. Cet homme fut pris de toux avec fièvre. Il dépérissait de mois en mois et, malgré les conseils des médecins qu'il consultait, il s'en allait à petit feu. On le croyait perdu. Il se fit conduire un jour au pré qu'il possédait sur le bord de l'Ognon. La voiture chargée de foin, sur laquelle il était monté pour le retour, versa dans la rivière où le pauvre Pintot prit un bain forcé de cinq ou six minutes. C'était bien long: Pintot fut ramené chez lui mouillé et grelottant, puis couché dans un bon lit, où il ne tarda pas à se réchauffer.

Cette médication accidentelle eut pour notre homme un résultat inespéré: le rhume et la fièvre disparurent.

Pintot, guéri, se remit à boire comme auparavant. Il fut repris de toux. Mais comme il connaissait le remède qui lui avait si bien réussi, il eut de nouveau recours à l'hydrothérapie et recouvra la santé.

Il est mort depuis d'une ascite.

Un empirique partirait de là pour prescrire des bains froids à tous ceux qui toussent, même quand ils ont la fièvre: un médecin ne verra dans ce fait qu'un cas de névrôse auquel l'hydrothérapie pouvait être appliquée. La bronchite de Pintot n'était, comme la sciatique de l'empereur Auguste, qu'une maladie d'épuisement.

Voilà ce que le vulgaire ne sait pas. C'est que des affections en apparence parfaitement similaires réclament des médications parfois tout à fait opposées. Cette variabilité en terme d'école, s'appellent la science des indications. Celui qui ne la connaît pas ne sera jamais qu'un empirique, c'est-à-dire un navigateur sans boussole.

Dr Perron
(de Besançon).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

21 Avril 1883 — Organe officiel des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — No 16

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Fauvel* a tenu à émettre son opinion sur la question des doctrines microbiennes et il l'a fait en termes très mesurés, tout en se prononçant d'une façon très nette. « Admirateur des travaux de M. Pasteur et plein de respect pour sa personne, nul, plus que moi, ne désire la réussite complète de ses recherches..; mais il importe à sa gloire et à sa dignité scientifiques de n'en pas faire un fétiche; il est bon de ne pas accepter toutes les déductions auxquelles il peut être entraîné, et de combattre celles qui sont en opposition avec les faits acquis. »

Telle est l'opinion très modérée et très impartiale que nous essayons, nous aussi, de faire prévaloir depuis que la discussion est engagée sur ce point. Comme nous, enfin, l'éminent hygiéniste reconnaît que M. Pasteur est beaucoup plus sobre dans ses généralisations que ses disciples, et que la foule enthousiaste d'expérimentateurs qui ont marché sur ses traces.

« Ce qui, pour le moment, nuit le plus aux sérieuses recherches de M. Pasteur aux yeux du public, c'est cette *furia* microbienne qui s'est emparée des esprits et qui jette la confusion dans toute la pathologie. Il n'y a pas lieu, en ce moment, de songer à y mettre obstacle : il faut laisser passer le torrent, en attendant que l'avenir dise le dernier mot. » Et plus loin : « Aujourd'hui, on peut dire que ce ne sont pas ses ennemis déclarés qu'il a le plus à craindre, mais bien les enthousiastes dont je parlais tout à l'heure. On peut se fier à lui pour répondre victorieusement aux premiers. Il lui est plus difficile de faire face aux seconds, et c'est le cas pour lui de s'écrier : Qui me débarrassera de mes amis? je me charge de mes ennemis. »

Après ce préambule, l'orateur aborde la question de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. *Cette affection*, trop souvent confondue en Allemagne, et même en Angleterre, avec le typhus, mais dont, au contraire, tous les caractères sont fixés, en France, avec une grande précision, se présente sous deux conditions bien différentes : à l'état endémique ou permanent, dans les grandes agglomérations urbaines, comme Paris; à l'état épidémique observé surtout dans les petites localités. L'état endémique de la dothiénentérie dans une localité y exclut la possibilité d'une grande épidémie, le gros de la population native étant généralement réfractaire à la maladie, soit par le fait d'une première attaque subie, soit par une sorte d'accoutumance contractée dès le bas-âge. Cette immunité n'existe pas pour les personnes étrangères au milieu et qui s'y transportent à un moment donné : tel est le cas des soldats qui changent de garnison, des ouvriers qui viennen à Paris pour y trouver du travail.

La fièvre typhoïde présente, en outre, des oscillations saisonnières plus ou moins accentuées, et M. Brouardel a fait observer avec raison que, depuis quelques années, le nombre des cas de cette affection allait en croissant : l'année dernière, cet accroissement a été plus marqué que jamais.

Quelle est l'origine de ce phénomène, quelle en est la cause?

Ici M. Fauvel se sépare de M. Léon Colin, en se refusant à admettre que la dothiénentérie puisse naître spontanément, sous l'influence des causes locales. Pour l'orateur, l'encombrement, la misère et toutes les causes d'insalubrité ne peuvent pas plus faire naître la germe de la dothiénentérie que celui de la variole; mais si elles ne le créent pas, ces causes banales en favorisent considérablement le développement : « Les égouts, tels qu'ils existent à Paris, ni les fosses d'aisances fixes, ni les dépotoirs malgré l'infection nocive qu'ils occasionnent, ne sont pour rien dans la propagation de la fièvre typhoïde à Paris. » Les matières fécales fraîches peuvent seules, en effet, recéler et propager les germes de la dothienentérie; celles qui sont renfermées dans une fosse ou un dépotoir y subissent la fermentation putride dont le résultat est de détruire complétement tous les germes des maladies spécifiques, mais qui, par contre, engendre des gaz méphitiques, dont les propriétés nocives sont hors de contestation.

Les germes contagieux ne sont pas détruits seulement par la méphitisme fécal, mais encore par l'action oxydante de l'air atmosphérique qui a le double avantage de détruire les germes contagieux et en même temps de neutraliser le méphitisme. De sorte que, dans la question si difficile et si controversée de l'assainissement des égouts de Paris, les deux indications principales à remplir sont, dans l'état actuel, avant tout : de l'eau en abondance pour empêcher la stagnation des matières et une aération constante pour les assainir. » Telle est la conclusion de M. Fauvel.

Après quelques paroles de M. Peter qui vient déclarer qu'il persiste à s'élever « contre l'applit cation hâtive et téméraire à la médecine humaine d'expériences de médecine vétérinaire, qui n'ont encore reçu, ni du temps, ni de l'observation, une consécration suffisante, » la discussion sur la fièvre typhoïde est déclarée close et une Commission est nommée pour rédiger et soumettre aux autorités compétentes un certain nombre de conclusions relatives à l'hygiène publique à Paris, telles qu'elles ressortent des considérations développées devant l'Académie.

Le Ministre de l'instruction publique déposera, à la rentrée, sur le bureau de la Chambre, un projet de loi tendant à élever de 12,000 à 25,000 francs la pension que l'Assemblée nationale avait accordée à M. Pasteur, à titre de *récompense nationale pour ses beaux travaux*. En outre, le projet de loi comportera reversibilité de la totalité de la pension sur la femme et les enfants de l'illustre savant.

Quoique nous ne partagions pas, *au point de vue de la clinique médicale*, toutes les espérances qu'ont fait naître les travaux de M. Pasteur, nous n'avons jamais manqué de reconnaître leur utilité et d'admirer, en toute sincérité, l'importance des faits acquis. Nous applaudissons donc à la distinction flatteuse dont ce savant est l'objet. Nous savons d'ailleurs que ses recherches nécessitent des dépenses considérables : en lui donnant les moyens de faire des expériences plus nombreuses et plus variées, nous arriverons plus vite à sortir de cette phase de discussion à laquelle nous assistons aujourd'hui, à savoir plus tôt, d'une façon certaine, ce que la pathologie et la thérapeutique humaines sont en droit d'attendre des théories microbiennes.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

La Tolérance en Thérapeutique

Par le Dr A. GASSOT

La question de la *tolérance* en thérapeutique est plus complexe qu'on ne pourrait le supposer tout d'abord : c'est que, sous cette appellation, ont été groupés des phénomènes, des conditions assez dissemblables pour qu'il soit besoin de s'expliquer et de convenir de la valeur véritable qui doit être attribuée au mot et à la chose.

Tantôt, et c'est le plus souvent, la dénomination de tolérance a été donnée au défaut de réaction de l'appareil digestif en présence d'un médicament qui, en raison de son action topique irritante, est rapidement expulsé : le sulfate de soude purge d'ordinaire; si les évacuations alvines font défaut et si le médicament est absorbé, on dit qu'il y a tolérance.

Tantôt, la résistance vient d'un autre côté, et la tolérance est obtenue parce qu'un autre appareil ou un autre organe ne répondra pas à la sollicitation dont il est l'objet de la part du médicament.

Les conditions, dans lesquelles on observe la tolérance, peuvent tenir à la dose ou au mode

d'administration adopté ; elles peuvent aussi être liées à l'état du sujet lui-même, en raison de la plus ou moins grande susceptibilité individuelle, de l'habitude, de l'intégrité des organes ou des fonctions etc... etc...

L'action pharmacodynamique des médicaments est loin d'être simple : elle comprend une série de phénomènes successifs que révèle une observation attentive et scrupuleuse ; mais ces divers phénomènes n'ont pas tous la même importance, et la scène, s'il est permis d'employer cette expression, est généralement dominée par l'un d'entre eux qui, par son intensité, semble effacer les autres et parfois même les empêche de se produire. C'est ce symptôme prédominant qui frappe l'esprit tout d'abord et qui fait classer le médicament dans tel ou tel groupe thérapeutique : évacuants, calmants, excitants, etc...

Ces phénomènes prédominants, qui sont habituels et pour ainsi dire vulgaires, peuvent cependant faire défaut sous l'influence d'une cause quelconque : le calmant ne calmera pas, le vomitif ne produira pas de vomissement, le purgatif ne déterminera pas d'évacuations alvines, — l'économie aura résisté à leur action, l'aura supportée : il y aura eu tolérance.

Une telle manière d'envisager la tolérance n'est pas scientifiquement rigoureuse, et nous verrons que, le plus souvent, cette prétendue tolérance n'est qu'apparente, l'action propre du médicament se manifestant toujours d'une manière quelconque; mais force nous est de prendre le terme dans l'acception que lui donne le langage courant et qui est consacré par l'usage : il nous suffit de faire dès maintenant nos réserves.

C'est à l'étude de l'action physiologique des médicaments que nous devons demander la clef du problème : elle seule peut nous permettre d'assigner à chaque ordre de phénomènes sa valeur véritable et d'apporter quelque lumière dans cette question un peu obscure.

Voici le *tartre stibié*, c'est, selon qu'on le voudra, un vomitif, un évacuant, un cathartique — toutes définitions bonnes dans un cas donné et défectueuses dans un autre cas; — c'est, avant tout, un irritant local et, secondairement, un déprimant du système nerveux. Voyons donc comment il se comporte :

Nous l'administrons à faibles doses : l'irritation topique se traduit par l'hypercrinie légère des glandes de toutes les muqueuses de la partie supérieure du tube digestif, en même temps que la dépression nerveuse détermine l'écœurement, l'état nauséeux et tous les symptômes d'un collapsus léger. Ces phénomènes ne suffisant pas à entraver son absorption, on verra le tartre stibié parvenu dans la circulation, continuer l'action pharmacodynamique qui a signalé sa présence dans les premières voies et agir enfin comme irritant topique sur les émonctoires : le rein, les glandes sudoripares, etc...

Nous augmentons la dose : l'irritation topique devient plus vive et ne se borne plus à l'hypersécrétion des muqueuses; par action réflexe, elle détermine une contraction violente, et le vomissement apparaît. Ce nouveau phénomène, en provoquant l'expulsion du médicament, empêche naturellement ses effets ultérieurs, et le plus souvent on n'observe pas autre chose que l'état de collapsus normalement lié à l'état nauséeux, quelle qu'en soit la cause. Si, au contraire, l'estomac n'a pu suffire à expulser la totalité du médicament, on voit l'action irritative se continuer sur la muqueuse intestinale, de sorte qu'une spoliation alvine plus ou moins intense supplée au vomissement.

Le tartre stibié étant un déprimant du système nerveux, il pourra arriver, si l'on répète les fortes doses, qu'après avoir obtenu les phénomènes que nous venons de décrire, on provoque un épuisement tel du système nerveux que la réaction devienne impossible et que le vomissement réflexe fasse défaut. Des doses énormes de médicament pourront être administrées, sans que l'estomac se révolte. Alors deux cas pourront se présenter : ou bien les évacuations alvines élimineront la plus grande partie du médicament et les phénomènes de superpurgation (choléra stibié) s'accompagneront d'une irritation plus ou moins vive de la muqueuse intestinale ; ou bien, à son tour, l'intestin ne réagira plus et le médicament, pénétrant dant le torrent circulatoire, continuera son action dépressive, ralentira les battements du cœur, abaissera la température et déterminera un collapsus profond. Puis, l'action irritante se montrera de nouveau sur les émonctoires : les urines deviendront albumineuses et les glandes sudoripares pourront s'enflammer. Le tartre stibié se sera comporté comme un poison irritant, corrosif et hyposthénisant.

Il est facile de voir que, dans ces différents cas, l'action du tartre stibié a toujours été identique à elle-même, bien que les résultats apparents aient pu différer. Dans ce cas, l'action topique trop violente a provoqué, avec le vomissement, l'expulsion du médicament, empêchant ainsi toute action ultérieure; dans un autre, l'action hyposthénisante trop intense a paralysé les centres de réflexion nerveuse et masqué les effets d'irritation locale sur les premières voies; dans le premier, enfin, l'une et l'autre action ont été insuffisantes à provoquer la réaction de l'économie. — Ce ne sont là que des questions d'intensité différente.

Et cependant le langage courant rapprochant les conditions extrêmes dira que, dans le premier et dans le dernier cas, il y aura eu tolérance et que, par contre, dans le second cas, cette tolérance ne se sera pas montrée. On ne tiendra compte que du sentiment de révolte habituel qui se traduit par le vomissement et l'expulsion rapide du médicament, tandis que les phénomènes d'irritation moins bruyants, quoique plus graves, (ulcérations de la muqueuse) seront passés sous silence.

Prenons maintenant le *calomel* : c'est une poudre inerte, insoluble, mais susceptible d'être

attaquée par les liquides digestifs et d'être ainsi rendue soluble.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur les transformations que peut subir le calomel dans les voies digestives : les uns pensent qu'attaqué dans l'estomac, il se transforme en bichlorure ou en chlorhydrate de chlorure de mercure et de sodium; d'autres font intervenir le suc intestinal en raison de son alcalinité. Il est probable que ces diverses interprétations sont également admissibles et que les deux actions peuvent se produire.

Quoi qu'il en soit, le calomel, dès qu'il est dissous, exerce sur la muqueuse digestive une action topique irritante analogue à celle du tartre stibié, quoique moins énergique : il provoque l'hypercrinie glandulaire, surexcite l'excrétion biliaire, en agissant sur le duodénum et détermine des contractions de la tunique musculeuse de l'intestin — d'où, diarrhée et effets purgatifs.

Mais, que la dose, au lieu d'être de quelques décigrammes, vienne à être fractionnée, l'irritation topique sera réduite à son minimum, on n'observera pas d'effets purgatifs et le sel de mercure absorbé produira les effets ultérieurs qui constituent son action altérante: le plasma sanguin perd sa coagulabilité et les parois des hématies sont altérées; la dénutrition globulaire et cet état aplastique du sang rendent, à leur tour, compte du mouvement de désassimilation dans les organes normaux, de la cessation des formations adventives avec régression et résorption des éléments nouveaux et non adultes. L'action topique se retrouvera d'ailleurs lors du passage du médicament dans les émonctoires, et on observera la salivation, la stomatite, etc.

Que, d'autre part, l'action purgative du calomel à doses élevées soit entravée parce que les voies biliaires ne répondent pas à la sollicitation dont elles sont l'objet, ou parce que l'intestin reste torpide, — les effets diffusés, croissant d'intensité, se présenteront sous la forme d'une dyscrasie et d'une cachexie spéciales; en même temps, ces effets topiques irritants se traduiront par l'inflammation et les ulcérations de la muqueuse digestive, par une hépatite de nature particulière, par la gangrène de la bouche, la tuméfaction de la langue, etc..., symptômes toxiques qui ne sont que l'exagération des effets précédents.

Mais un dernier cas peut se présenter : le calomel a été administré à la dose massive de plusieurs grammes, — il ne produira ni lésions topiques, ni purgation, ni effets diffusés : n'ayant pu être attaqué par les liquides digestifs, il aura agi comme un simple absorbant mécanique à la manière de la craie ou du sous-nitrate de bismuth.

Cette dernière action n'a certainement rien de commun avec celle que nous avons décrite plus haut, il suffit pourtant que, dans l'une comme dans l'autre, l'action purgative ait fait défaut pour qu'on dise qu'il y a eu tolérance.

Les conditions de l'état de tolérance ne viennent pas toujours du médicament, des doses employées ou du mode d'administration préféré ; elles peuvent être liées à l'état du sujet lui-même.

On a donné par exemple l'opium à dose assez élevée et aucun effet ne s'est produit, — il y a eu tolérance, mais ici encore des causes très différentes ont pu intervenir.

Le sujet peut être habitué à l'opium. Il est incontestable que certaines personnes peuvent arriver, par l'habitude, à prendre impunément des doses de quelques médicaments justement réputées comme toxiques; elles atteignent ce résultat en commençant par des doses minimes fréquemment répétées : la sensibilité de l'organisme toujours soumis à l'action du médicament s'émousse, les phénomènes de réaction font défaut, et le médicament passe bientôt inaperçu. Veulent-elles ressentir à nouveau les effets du médicament? il leur faut forcer la dose, et cette augmentation graduelle les amène à des quantités vraiment extraordinaires.

Tous les traités de thérapeutique mentionnent le cas, signalé par Trousseau, d'un homme qui avait fini par absorber chaque jour 750 grammes de laudanum! On conçoit facilement que, sur un tel sujet, les doses ordinaires puissent passer inaperçues.

Il n'y a pourtant pas encore tolérance véritable et il ne faudrait pas croire que l'ingestion continue d'un médicament soit inoffensive : l'activité pharmacodynamique du médicament se traduit toujours par des effets qui, pour être moins bruyants ou moins rapides, n'ont pas moins leur gravité. Les alcooliques, sans parler des toxicophages du Tyrol ou des Thériakis de l'Orient, nous en fournissent chaque jour la preuve.

En dehors de l'habitude, il existe d'autres circonstances qui peuvent faciliter ce même état de tolérance : ce sera l'idiosyncrasie sur laquelle nous croyons inutile d'insister, ce sera l'état d'intégrité plus oum oins grande des organes ou de leurs fonctions.

C'est à l'expérimentation physiologique que nous devons la connaissance de l'action des médicaments en général et de leur action pharmacodynamique spéciale selon les doses, le mode d'administration etc.... etc..... Chez le malade, les résultats sont souvent tout différents et il arrivera fréquemment que tel médicament, dont, à la dose ingérée, on attendait tel effet, ne donne rien du tout ou bien donne des effets autres que ceux qu'on attendait.

En effet, chez le malade, l'action du médicament est dirigée contre une action inverse causée par l'é at de maladie : la résistance qu'éprouve le médicament à produire ses effets normaux se trouve donc accrue et peut nécessiter des doses plus fortes ou plus longtemps prolongées. Les effets hypnotiques de l'opium s'obtiennent généralement avec des doses relativement faibles chez l'homme sain, — dans certains cas d'insomnie, on quadruplera la dose sans rien obtenir.

« Si, a dit un auteur d'une manière pittoresque, je donne à un malade, sans le faire dormir, de l'opium comme quatre, c'est qu'il est éveillé comme cinq. »

Cette résistance du malade à l'action des médicaments, nous la constatons tous les jours, et,

chaque jour aussi, dans notre pratique, nous en tenons compte en administrant des doses qui, au premier abord, pourraient paraître excessives, et qui pourtant sont tolérées.

Chez le malade encore, on peut rencontrer une autre sorte de résistance : les phénomènes d'absorption peuvent être entravés, et le médicament rester inerte, par exemple dans les voies digestives. A part quelques effets topiques, en général peu importants, il est évident qu'alors aucune action ne peut se produire, et que des doses énormes pourront être administrées sans résultat. Ici encore il y aura eu tolérance.

Est-il vraiment bien nécessaire de nous arrêter plus longtemps sur les conditions physiologiques qui peuvent provoquer la tolérance? — Les faits particuliers que nous pourrions énumérer n'apprendraient rien de bien nouveau à nos lecteurs qui les rencontrent tous les jours ; d'ailleurs, nous retrouverons prochainement cette question lorsque nous étudierons *les doses*.

Il nous suffit d'avoir justifié notre assertion que la dénomination de tolérance était donnée à des états tout à fait dissemblables, à des phénomènes d'ordre absolument différents et de conclure qu'une expression aussi générale, à peine satisfaisante dans le langage courant, devait être rejetée absolument d'une discussion scientifique.

C'est en prenant ce terme de tolérance dans des acceptions différentes, qu'on est parvenu à échafauder et à justifier, en apparence, une règle thérapeutique que nous n'hésitons pas à qualifier d'irrationnelle et de dangereuse, et contre laquelle nous croyons devoir hautement protester : *l'administration des médicaments* JUSQU'A EFFET et *la suppression des* DOSES MAXIMA.

Jamais il n'y a de tolérance réelle de l'économie, et s'il est, à notre avis, un problème qui doit justement préoccuper le médecin, lorsque les phénomènes attendus font défaut, c'est certainement la saine interprétation de ce silence, que l'appellation banale et impropre de tolérance ne peut qualifier.

Il y a tolérance — soit ! Mais encore faut-il que nous sachions de quelle tolérance il s'agit, car, selon le cas, notre conduite ultérieure sera sensiblement différente.

II

L'ERGOT ET L'ERGOTINE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

PAR LE Dr LARDIER
Chirurgien de l'hôpital de Rambervillers (*Vosges*).

A M. LE Dr PAUL GERNE.

Laissons de côté les diverses formes sous lesquelles l'ergot peut être administré et, parmi les différentes indications thérapeutiques qu'il remplit, bornons-nous à rechercher *pourquoi et comment il peut être utile dans le traitement de la fièvre typhoïde.* Je ne traiterai pas davantage la partie historique qui ne nous intéresse que médiocrement.

Notons en passant que c'est principalement à notre éminent confrère le Dr Duboué (de Pau), que revient l'honneur d'avoir fait connaître, d'avoir vulgarisé la propriété physiologique de l'ergot et d'avoir chaudement recommandé son emploi dans le traitement de la maladie que je viens de citer. Je dois dire que c'est après avoir lu le travail de notre confrère, après avoir été frappé des assertions sans cesse renouvelées et des heureux résultats affirmés par lui que je me suis dit enfin : *Essayons*. J'ai essayé, et j'affirme, à mon tour, que les résultats obtenus par moi dans *près de cent cas de fièvre typhoïde*, traités par l'ergot de seigle ou l'un de ses dérivés, m'engagent à persister dans la voie que j'ai suivie depuis plusieurs années et me font dire que je considère *le traitement de la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle, de bonne qualité, comme supérieur* et de beaucoup, à tous les traitements auxquels j'avais précédemment recours.

J'ai publié dans la *Gazette hebdomadaire* (fin 82 et commencement 83) la relation succincte de soixante-douze cas de fièvre typhoïde traités par l'ergot de seigle, relation que j'ai fait suivre de réflexions et dont les conclusions sont catégoriquement en faveur du traitement préconisé par le Dr Duboué.

J'ai dit *ergot de bonne qualité*. En effet, la chose est essentielle. Car tel ou tel champignon peut contenir plus ou moins de principe actif.

Je me suis assuré que tout l'ergot employé et délivré sous forme de poudre, dans les officines, n'était pas toujours *parfait*. *Loin de là*. On délivre, plus souvent qu'on ne le pense généralement, de la poudre d'ergot inefficace, parce qu'elle est dénuée de tout principe actif. Voilà pourquoi les résultats cherchés par les médecins sont parfois vainement attendus. Voilà comment un médicament d'une valeur, d'une vertu réelles, peut être discrédité comme n'ayant pas produit dans tel ou tel cas les effets désirés. Ma conviction est que l'ergot de seigle, de bonne qualité, a, dans le traitement de la fièvre typhoïde, une valeur supérieure à celle de tous les médicaments (et ils sont nombreux), jetés du haut de la tribune de l'Académie de médecine par les princes de la science en pâture aux médecins de campagne. Quel maître faut-il entendre ? Quel mode de thérapeutique suivre? *Tot capita, tot sensus* ! Chacun présente ses affirmations, tout le monde offre sa petite statistique et se fait le prôneur de tel ou tel médicament, de telle ou telle manière de faire. Ce n'est pas ainsi que l'on sort du chaos; ce n'est pas ainsi que l'on entraîne les convictions.

Expectation armée, médecine des symptômes, parfait. Le Dr Duboué, lui, affirme que l'ergot de seigle, dans presque toutes les formes de la fièvre typhoïde, est un médicament à conseiller, héroïque souvent, et grâce auquel on peut parfois obtenir des succès inespérés. Son exemple, ses convictions entraînent quelques praticiens qui pensent que la thérapeutique n'a pas dit son dernier mot, et que la vérité peut aussi bien se cacher à Pau qu'à Ber-

lin. Ces confrères expérimentent cette médication nouvelle; ils affirment à leur tour que la médication préconisée par le Dr Duboué a une valeur réelle. Ces affirmations nouvelles, faites sans parti pris, sans arrière-pensée, devraient avoir au moins la vertu de provoquer d'autres recherches. Point. Dans l'énumération des médicaments à conseiller, le Kairine pourra passer en haut lieu avec un assez bon numéro, l'ergot de seigle est à rejeter. Mais rien n'est brutal comme un fait bien observé. Les praticiens, qui ont expérimenté l'ergot de seigle dans le traitement de la fièvre typhoïde, continuent à le prescrire de plus en plus. Il faut admettre cependant qu'ils ont, tout comme leurs voisins, souci de la vie de leurs malades.

Je ne veux point dire que l'ergot de seigle soit un *spécifique* de la fièvre typhoïde. Mais on peut voir par les quelques lignes qui vont suivre que ses propriétés thérapeutiques *répondent à la majorité des indications* à remplir dans le traitement de cette maladie.

1° La CHALEUR, voilà l'ennemi, disent les uns. L'ergot de seigle est un *antithermique* au premier chef. En effet, si l'on peut, avec lui, produire l'ischémie des téguments, la diminution des sécrétions, si les battements du cœur se ralentissent et se régularisent, si la tension artérielle augmente et produit la diminution des battements cardiaques, si les artérioles se contractent spasmodiquement, au point de produire (à certaines doses) le refroidissement des extrémités et même la cyanose, il n'y a pas moyen de méconnaître l'action antithermique du médicament.

Aussi voyons-nous le professeur Gubler faire remarquer que *l'action de l'ergot de seigle est comparable à celle du froid* et de l'électricité, et se rapproche à certains égards de celle de la quinine que M. G. Sée place au premier rang.

Il est remarquable, en effet, de voir deux substances, qui ont tant de ressemblance comme propriétés physiologiques et thérapeutiques, être l'une exaltée, l'autre indignement repoussée. On est forcé de voir dans ces faits, ou un malentendu ou un parti pris. J'ajouterai que le professeur Gubler cite la chaleur comme l'antagoniste de l'action de l'ergot.

2° ACCIDENTS THORACIQUES. *Les propriétés vaso-constrictives* de l'ergot sont, dans ces accidents, du plus heureux effet. Il faut admettre que tout médicament, ayant pour vertu physiologique de diminuer le calibre des petits vaisseaux et de provoquer la contraction des fibres lisses, doit avoir fatalement la propriété de diminuer et de vaincre la congestion pulmonaire.

3° ACCIDENTS HÉMORRHAGIQUES. Si l'avis est unanime et eu égard à la puissance vaso-constrictive de l'ergot, chacun admet que dans toute hémorrhagie, quelle que soit sa nature, l'ergot est le médicament par excellence.

4° ACCIDENTS CÉRÉBRAUX. L'ergot produit l'anémie cérébrale, et ses propriétés excito-toniques sont analogues à celles de la quinine et de la strychnine qui ont pour effet d'augmenter la tension nerveuse, de corroborer, de galvaniser le système nerveux, suivant l'expression de Gubler. Nous avons donc, sous l'influence de l'ergot de seigle, une augmentation de la résistance du système nerveux et un apport moins considérable de sang aux cellules cérébrales. Les fonctions du centre ne peuvent que bénéficier de ces modifications produites par l'agent thérapeutique, et la pratique nous prouve, en effet, que quelques doses d'ergot de seigle suffisent la plupart du temps à faire disparaître les désordres que provoque souvent la fièvre typhoïde dans le centre cérébro-spinal.

5° Restent l'état local et L'AUTO-INFECTION. Il est remarquable de voir combien la fétidité des selles et la diarrhée diminuent rapidement dans la fièvre typhoïde sous l'influence de l'ergot de seigle. Ce fait d'observation frappe généralement même les personnes qui entourent le malade. Il est naturel de penser que l'agent thérapeutique qui imprime de si profondes modifications dans l'organisme atteint, doit avoir sur l'état local, c'est-à-dire sur les ulcérations des glandes de Payer, une influence non moins certaine. Les hémorrhagies intestinales sont dues à l'ulcération des artérioles mises à nu par le travail, le processus morbide. Elles sont arrêtées par l'ergot. La fétidité des selles est produite par les produits de décomposition, le sphacèle de l'intestin, etc. L'ergot, en resserrant les petits vaisseaux qui environnent l'ulcération, diminue l'apport du sang à la partie sphacélée, l'ulcération s'arrête, faute d'aliments, et le travail de réparation s'organise. Il n'est pas douteux non plus que la présence de détritus gangréneux dans l'intestin ne provoque à son tour une auto-infection, sans cesse renouvelée. L'action vaso-contrictive de l'ergot, en diminuant le calibre de tous les petits vaisseaux, offre fatalement un rempart à la pénétration de l'agent infectieux, quel qu'il soit, dans l'organisme. Je puis donc dire, comme CONCLUSION, que les propriétés de l'ergot de seigle remplissent la plus grande partie des indications thérapeutiques qui doivent faire face aux accidents dépendant de la fièvre typhoïde. Aussi, tout en se bornant à ne faire exclusivement que le traitement symptomatique, presque toujours en présence d'accidents abdominaux, thoraciques, cérébraux, hémorrhagiques, l'ergot de seigle est-il indiqué, car ses propriétés physiologiques et thérapeutiques commandent son emploi. Quant à moi, je me déclare partisan convaincu de la médication conseillée par le Dr Duboué. J'ai, pendant quatre années consécutives, soigné près de cent typhoïdiques que j'ai soumis à ce traitement rationnel. Les résultats que j'ai obtenus, je le répète (une seule mort dans les vingt-trois derniers cas observés) m'engagent à persévérer dans cette voie.

Etant donnés, d'un côté, les propriétés multiples de l'ergot de seigle, de l'autre, les accidents nombreux dépendant de l'infection typhoïdique, la logique et la raison commandent, dans la grande majorité des cas, l'emploi de ce médicament, auquel il ne manque, pour faire rapidement fortune, qu'un patronage puissant et l'estampille d'un homme en renom.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

LA CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE EN 1883.

Chaque année la Caisse des pensions viagères de l'Association générale s'augmente de 50 à 60 mille francs. Des chiffres donnés par M. Durand-Fardel, rapporteur, il résulte que le capital des pensions, le nombre des pensionnés, et la moyenne de la pension payée vont en augmentant suivant le tableau ci après :

	Nombre des pensionnes	Moyenne des pensions	Total des pensions		de 600 fr.	500 fr.	400 fr.	300 fr.
1878	57	366	20.900	dont	6	5	10	36
1883	71	430	30.500	dont	15	14	19	23

Nous nous félicitons de ces résultats; ils sont tels que chacun pouvait les espérer, et ils aideront au mouvement de confraternité et de solidarité qui anime chaque jour davantage le corps médical.

Nous ferons observer que l'Association s'efforce d'éviter les reproches de donner peu et de donner à beaucoup. Dans l'espace, en effet, de ces cinq dernières années le nombre des pensions de 300 fr. est tombé de 56 0/0 à 32,3 0/0 ; et la moyenne générale des pensions s'est élevée de 64 fr.

Au lieu de multiplier les pensions de 300 fr. qui seront toujours insuffisantes, pour un vieillard ayant occupé une certaine situation sociale, on a préféré augmenter les secours accordés, et élever le taux des pensions. Cette mesure est bonne. Le chiffre de la pension moyenne augmentera encore, car les re sources de la Caisse des pensions ne diminueront probablement pas.

Mais à quel taux peut monter la moyenne de ces pensions? Quel est le nombre des pensions qu'on espère pouvoir servir?

Ne pouvant satisfaire à tous les besoins d'assistance et de secours mutuels du corps médical, l'Association générale pourrait-elle devenir le noyau d'une Caisse de pensions *de droit*?

Ces questions seraient intéressantes à étudier.

Bien à la légère M Durand-Fardel a cru devoir nous faire le reproche d'avoir établi une comparaison entre la Caisse des pensions viagères françaises, et la Caisse des pensions belges. — On peut être équitable, généreux même pour l'Association générale, sans s'interdire l'examen de ses statuts, de ses tendances, des caractères de ses œuvres et des résultats qu'elle acquiert. *Rationabile sit obsequium vestrum* ; dit un apôtre. Nous tâchons de raisonner! Nous n'avons jamais prétendu qu'aujourd'hui la Caisse des pensions viagères françaises *n'ait que onze ans d'existence ;* et que, de même, *la Caisse belge n'existe que depuis dix ans*; mais prenant chacune de ces caisses, *au moment où elles ont commencé le service des pensions,* c'est-à-dire après onze ans pour l'une, après dix ans pour l'autre, la première avait donné *5,300 fr. de rentes, et la seconde 36,000 francs.*

Ainsi que le dit excellemment le rapporteur, nous n'avons pris que les chiffres des pensions payées dans un seul exercice, LE PREMIER; mais nous l'avons fait pour les deux sociétés également.

Du reste, quoi qu'on en dise, nous ne croyons pas avoir mal fait de comparer ces deux institutions, dont l'une est éminemment une œuvre de *bienfaisance,* et l'autre une œuvre *de prévoyance.*

Leurs pensions respectives, qu'elles soient *d'assistance* ou de *droit,* se traduisent par des chiffres, et les chiffres peuvent toujours être rapprochés.

Malgré lui, d'ailleurs, Monsieur le rapporteur *a obéi à la même impulsion ;* car, après avoir exposé que, cette année, l'Association générale servira 30,500 fr. de rentes à ses pensionnaires, il dit que la Caisse des pensions Belge sert 49,910 fr. de rentes à ses pensionnaires, avec une pension moyenne de 567 francs; et il ne peut se refuser à avouer que chez nos voisins, *le droit à la pension* existe *même avant soixante-quatre ans,* dans le cas d'incapacité professionnelle, avec *reversibilité,* dans tous les cas, sur les veuves et les enfants mineurs. (Page 4 du rapport).

Que ne disait-il aussi, pour justifier complètement notre essai de comparaison, que cette année est la dixième du fonctionnement de la Caisse des pensions françaises : tandis que ce n'est que la troisième pour la Caisse de la fédération médicale belge?

Dr ORDONNEAU
(de Bournezeau).

II

MÉDECINS DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

A

Mon cher directeur,

L'auteur de l'article paru dans le *Scalpel* (de Liège) et reproduit dans le *Concours médical* du 3 mars a mille fois raison. Nous pouvons dire, en parodiant une phrase célèbre : la Société de Secours Mutuels...... voilà l'ennemi !

J'exerce dans une contrée riche, s'il en fut jamais, et où, cependant, par amour sans doute pour les Associations, chaque commune a sa Société de Secours mutuels. Or, savez-vous quels

sont les membres *participants* de ces Sociétés? Ce sont, pour la plupart, des propriétaires qui possèdent 50, 100, 200 et même *300,000 francs de fortune*!! Et nous, médecins, nous sommes de jour et de nuit à la disposition de ces clients indispensables.... moyennant cinq francs par an!!! Après cela, ai-je besoin d'ajouter que nous sommes toujours mandés en toute hâte.... à la plus légère indisposition... Et, comme notre présence ne suffit pas pour dissiper les symptômes... alarmants de ces précieux malades, il nous faut formuler. C'est là le revers de la médaille pour les Sociétés. Si elles ont trouvé les médecins assez désintéressés pour donner leur temps et leur science, moyennant un prix fixe dérisoire, elles luttent encore en vain contre les pharmaciens inexorables qui, par leurs exigences, compromettent l'avenir des Sociétés, ainsi qu'on peut s'en convaincre par le document que je viens de recevoir, et que je copie textuellement... par respect pour la vérité.

Société de Secours Mutuels de X.

Extrait de la délibération du 11 février 1883.

Considérant que plusieurs sociétaires abusent des intérêts sociaux, et de la complaisance des médecins, que les frais pharmaceutiques de l'année 1882 se sont accrus d'une façon inquiétante, et que de tels excès compromettent gravement la Société.

Le Bureau décide à l'unanimité.

1° Chaque médecin de la Société sera avisé qu'à partir du 1er Mars de la présente année, en cas d'indisposition, les sociétaires participants n'auront droit qu'à des traitements *énergiques*.

2° Les médicaments dits de luxe, tels que certains apéritifs, laxatifs, fortifiants, ETC... cesseront d'être fournis aux dépens de la Société.

3° Cependant les remèdes précités pourront être accordés dans les premières périodes des convalescences.

4° Cessent d'être valables les ordonnances non revêtues du sceau de la Société.

Fait et délibéré en conseil d'administration, et voté en Assemblée générale le 18 février 1883.

Pour copie conforme pour le Président,
Le secrétaire, X.

Ci-joint la lettre du Président.

X. le 2 mars 1883.

Monsieur,

En vous faisant parvenir ce document, l'Administration sociale a l'honneur de vous prier d'être assez bon de vouloir observer rigoureusement les vœux de la société.

Comptant sur votre *bonne foi*, nous vous saluons bien sincèrement. Le Président, X.

Voilà, mon cher directeur, le cas que font de la dignité et du dévouement des médecins, les Sociétés qui ont l'immoralité d'accepter, comme membres participants, de riches propriétaires. Croyez-vous, à présent, que nous ayons rien à envier aux confrères belges? Et nos propriétaires des campagnes ne peuvent-ils pas être mis de pair avec les industriels et les commerçants gantois?... Certes, le Gouvernement qui paraît disposé à venir en aide à ces Sociétés de Secours mutuels, pourrait, s'il le voulait, faire cesser ces abus, dont lui-même sera la dupe, mais, hélas! combien de temps nous faudra-t-il attendre avant de voir s'opérer un changement dans le mode d'admission des membres de ces Sociétés!!!

Recevez, etc. Dr A. Dupeux (*de Listrac*).

Réponse.

Ces abus ne seront réformés que par les médecins, syndiqués ou non. La loi n'a rien à voir dans ces arrangements intérieurs des Associations de Secours mutuels. On ne pourra pas préciser la situation de fortune exacte qui permettrait ou non d'en faire partie.

Mais, jeunes ou vieux, riches ou non, envieux ou animés de l'esprit de solidarité et de confraternité, les médecins finiront par ouvrir les yeux, quand ils seront en général sérieusement lésés par cette forme d'exploitation de leur profession. Il n'est pas nécessaire de contracter des liens étroits d'amitié, de sympathie, pour adhérer à l'accord, à peu près unanime, entre médecins rapprochés, qui leur assurera le triomphe de leurs justes réclamations. On pourra laisser subsister les griefs anciens, les dissentiments plus ou moins fondés, et donner néanmoins sa signature aux règles de conduite à suivre en pareil cas. La nécessité fera loi, et ce temps est proche.

B.

Monsieur et très honoré confrère,

Quand je vous envoyai, il y a plus d'un an, l'adhésion au *Concours* de mon ami le docteur C... et la mienne, je vous disais que, pleinement convertis aux idées que vous défendez dans le journal, nous avions déjà soulevé la question d'un *syndicat* de l'Aude. Notre tentative n'eut pas le moindre succès. Nous nous étions adressés aux représentants les plus autorisés de la médecine dans le département. Ils ont ri doucement de nos prétentions de réformateurs; ont-ils eu besoin, eux, de syndicat pour acquérir leur brillante situation. Créer une association de médecins! Quelle idée folle! Elle ne pouvait venir qu'à un jeune homme; car nous sommes jeunes. C'était là notre grand tort auprès de nos confrères aînés : les jeunes gens s'enflamment si aisément pour des idées creuses!!

Quelques-uns, cependant, ont bien voulu nous engager à essayer; ils nous ont promis de nous aider de leurs vœux et puis, plus tard, si la chose était sérieuse, ils se risqueraient peut-être. Notre but, en nous adressant à nos vieux confrères, était d'assurer la création du syndicat

par la présence, en tête du comité d'initiative, du nom des médecins les plus connus du département. Puisqu'ils se refusent à donner l'impulsion, peut-être consentiront-ils à suivre celle qu'ils recevront! En tous cas, les jeunes, fort heureusement, ne manquent pas dans la région, nous comptons un grand nombre de camarades parmi eux. Depuis un an, aussitôt après notre première et malheureuse tentative, nous leur avons fait connaître la lutte que le *Concours* soutient si brillamment pour le relèvement de notre profession; tous ou presque tous ont applaudi, et montré le plus grand empressement à adhérer au projet de syndication; nous pensons que maintenant la question est mûre, et que nous pouvons enfin passer aux actes. Si vous le voulez bien, vous nous ferez profiter des excellentes et généreuses dispositions qu'a prises le *Concours* et nous adressez les imprimés nécessaires pour cent trente cinq médecins que contient le département.

Je ne fermerai pas cette lettre, monsieur et très honoré confrère, sans vous assurer combien sont ardents et convaincus, quoique bien silencieux et bien avares de communications, les prosélytes que le *Concours* a su se créer parmi nous.

Pour moi, je ne saurais assez approuver les conseils qu'il donne en général; ses idées sont justes et sensées; il est révolutionnaire, mais sans exagération et avec prudence; c'est ainsi qu'on accomplit des réformes durables. J'en ai eu la preuve dernièrement. Permettez-moi de vous raconter cette histoire, elle montre qu'il faut user de ménagements dans les plus justes revendications.

La ville possède *six Sociétés de secours mutuels*; deux d'entre elles, au premier janvier, se trouvèrent sans médecin à la suite de la démission de celui qu'elles avaient. Celui-ci recevait la modeste rétribution de 3 fr. par famille et par an. On nous offrit cette succession au Dr C. et à moi, nos deux autres confrères ayant déjà chacun deux sociétés.

Nous avions auparavant convenu ensemble des conditions auxquelles nous devrions accepter cette offre, ces conditions étaient celles que recommande le *Concours*: tarif ordinaire avec 25 0/0 de rabais ou bien 16 fr. par famille, ce qui fait à peu près 4 fr. par personne.

Cette combinaison parut incompatible avec l'existence des sociétés; elle ne trouva pas un seul partisan, mais des adversaires résolus. Comment, en effet, payer 1600 fr. ce qui n'avait jamais coûté que 300 fr.? Cela, paraissait impossible. On nous dépêcha M. le maire, député de l'arrondissement, qui s'efforça de nous apitoyer sur le malheureux sort des sociétaires. Nous lui fîmes comprendre que les médecins n'étaient pas obligés de se sacrifier à tous les malheureux de la ville, tous plus exigeants que des millionnaires, et que les honoraires de 1883 ne pouvaient être les mêmes que ceux de 1850; toutefois nous consentîmes à un abonnement à 9 fr. par famille. Cette concession parut dérisoire. Pour nous susciter un concurrent, on fouilla tous les départements voisins, on fit appel à tous les médecins étrangers, qui avaient des parents ou des amis dans la ville, on promit de donner tous les services municipaux et toutes les sociétés à cet heureux mortel. Il demeura introuvable, et nous avons eu gain de cause, au moins à moitié, car l'une des deux sociétés résiste encore, mais cette résistance ne peut évidemment se prolonger après la fin du trimestre. Nos confrères ont été bien étonnés de ce résultat qu'ils étaient loin de prévoir. Pendant ce temps on nous chargea aussi du Bureau de bienfaisance avec des émoluements doubles de ce qu'ils étaient; nous avions demandé 2 fr. par personne, mais nous ne nous montrâmes pas exigeants à ce sujet, pour ne pas irriter contre nous la population déjà passablement indisposée. Ainsi nous aurons obtenu, grâce au *Concours* et à la prudence qu'il recommande, une amélioration sensible à notre position, amélioration qui se continuera progressivement et à laquelle nous n'aurions pas abouti en maintenant nos premières exigences; nous comptons fermement sur le syndicat pour accomplir d'autres réformes dont le besoin se fait vivement sentir.

Le journal traite souvent la question des *enfants en nourrice* et n'aborde jamais celle de *la vaccine*. Pourriez-vous me dire si les vaccinateurs cantonaux obtiennent généralement des honoraires pour la vaccination des personnes non indigentes? Voilà deux ans que je parcours vingt-trois communes et vaccine deux cents ou trois cents personnes, parmi lesquelles je compte à peine trente ou quarante indigents, et je n'ai pas encore pu percevoir la moindre rétribution; le département lui-même ne me paie pas intégralement l'indemnité qu'il alloue généreusement à tous les vaccinateurs, sous prétexte d'insuffisance de budget.

Veuillez agréer, etc. Dr X.

C

On ne peut qu'approuver les associations de secours mutuels entre ouvriers. Malheureusement, l'abus se glisse souvent dans les meilleures institutions, et des personnes à l'aise profitent sans scrupule d'une œuvre de bienfaisance, dont le médecin supporte en grande partie la charge: A lui de tirer les marrons du feu — Qui les mange? « Honni soit qui mal y pense. »

Aidez l'ouvrier; rien de mieux. Secourez le prolétaire chargé d'une nombreuse famille, ménagez-lui des ressources pour faire face aux misères de la vie, et particulièrement à la maladie. Mais que des parasites ne viennent pas profiter du fruit de la cotisation de tous.

Les honoraires des médecins de sociétés sont précaires: visites de jour, visites de nuit, opérations, accouchements, tout cela est ordinairement au même tarif variant de 1 fr. à 1 fr. 50. Les consultations sont gratuites. Qu'on laisse, au moins, à ces médecins, la satisfaction de faire œuvre de dévouement, de bienfaisance. — Qu'on ne gâte pas cette satisfaction par l'écœurant spectacle de gens, à l'abri de la misère, sinon riches, récla-

mant le bénéfice de privilèges réservés à l'ouvrier.

Il n'y a là aucune exagération; tout est avancé en connaissance de cause : les sociétaires, relativement fortunés, sont trop nombreux. Certains rentiers, propriétaires, loin d'être chargés de famille, certains commerçants, certains patrons dans l'aisance, ne dédaignent pas de faire partie de sociétés de secours mutuels, et *jouissent de tous les avantages des sociétaires.*

Mais, objecte-t-on, ces personnes n'ont pas toujours été à l'aise. Le travail, l'intelligence, les ont élevés au-dessus de leur position primitive. N'est-il pas juste qu'elles jouissent des avantages des autres membres de la société, après avoir contribué par leurs cotisations à la prospérité de l'association ? Non, la justice n'est pas là; chaque position sociale a ses droits et ses devoirs. Qu'elles se regardent comme solidaires de leurs anciens compagnons de labeur, *voila le devoir.*

Qu'elles contribuent à la prospérité de la société qui les a aidées dans leur mauvaise fortune, voilà ce que la confraternité leur commande; *c'est la justice, c'est ce qui est conforme à la conscience.*

Mais le mobile de l'intérêt l'emportera toujours, quoi qu'on en fasse : Allez au fond des plus belles actions, vous finissez ordinairement par y découvrir *le moi.* J'en excepte ces actes irréfléchis, spontanés, que le sentiment, la passion inspire; mais ne touchent-ils pas souvent de bien près à la folie ?

C'est donc aux administrateurs des sociétés et aux désintéressés à réprimer ces abus, sous peine de voir ces associations utiles, détournées du but philanthropique qu'elles se proposent, n'être plus que des instruments d'un égoisme et d'une spéculation blâmables. Dr ANCELET.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ANGLAIS

Fonctions des canaux demi-circulaires (théorie nouvelle), *par le Dr Mc. Bride.* — L'auteur croit que ces organes ont des fonctions autres que celles consistant à régler l'équilibration du corps des animaux dans l'espace. D'après lui, il se produirait, dans les nerfs ampullaires, un reflexe amenant la rotation de la tête et des yeux vers le point où se produit un son, et chez les animaux inférieurs une contraction synergique de muscles leur servant à éviter le danger indiqué par le bruit ou le son.

Le Dr Mc. Bride résume sa théorie dans les propositions suivantes : — 1° Les canaux demi-circulaires sont situés de maniere qne toute vibration sonore, capable d'être perçue, doit causer nécessairement un mouvement de l'endolymphe, qu'ils contiennent et de la périlympe qui les entoure. — 2° Si leur rôle se bornait au maintien de l'équilibration du corps, leur situation dans l'appareil auditif n'aurait pas sa raison d'être. — 3° Les résultats de l'expérience montrent que les excitations mécaniques, chimiques et thermiques des canaux demi-circulaires produisent une rotation du corps du côté d'où part la stimulation. Si l'on excite les extrémités nerveuses distribuées dans les canaux demi-circulaires, à chaque fois un son est perçu, et aussitôt on voit la rotation de la tête, des yeux, de tout le corps, du côté stimulé, avec augmentation de l'activité musculaire de ce côté.

L'auteur conclut qu'une des fonctions des nerfs ampullaires est de transmettre aux centres moteurs des excitations qui, par acte réflexe, produisent les mouvements musculaires les plus favorables : 1° pour apprécier un son, 2° voir le point où il se produit; 3° échapper aux causes de danger.

(Journal of. Anat. and. Physiol. Janvier 83).

***

Pilules réactifs pour la recherche clinique de l'albumine, *d'après le Dr Pavy.* — L'emploi de l'acide méta-phosphorique dans la recherche de l'albumine n'ayant donné à l'auteur qu'un résultat peu satisfaisant, — il s'est servi du prussiate jaune de potasse mêlé à l'acide acetique ou citrique; ce dernier se conserve mieux et forme un composé solide. C'est l'acide ferro-cyanique qui précipite l'albumine.

Pour se servir de la boulette ou pilule réactif, il faut l'écraser avec une pièce de monnaie, verser la poudre obtenue dans un tube ordinaire à expériences, puis ajouter un doigt environ de l'urine à essayer. On agite sans chauffer, et un précipité décèle aussitôt la présence de l'albumine, si l'urine en contient; les traces même sont révélées par la production d'une opalescence légère. On peut même, en versant l'urine sur la pilule entière ou divisée en deux, obtenir, en une minute, la réaction cherchée.

La quantité de l'albumine s'évalue par la hauteur dans le tube du précipité, et on peut, à défaut d'un tube, se servir d'un verre à boire ou d'une fiole de pharmacie.

Dans la pilule il y a assez d'acide citrique pour neutraliser l'alcalinité de l'urine essayée, aussi importe-t-il peu que l'urine soit acide ou alcaline.

Les phosphates ne sont pas une cause d'erreur, parce que l'acide citrique en excès suffit à les dissoudre. Si l'urine était troublée par les lithates, il suffirait de la chauffer, avant l'emploi du réactif, à la flamme d'une lampe à esprit de vin.

On peut encore, comme dans les expériences avec l'acide nitrique, faire fondre la pilule dans le tube en la recouvrant d'eau, et faisant couler l'urine le long des bords jusqu'à production d'un précipité haut d'un demi-doigt. La ligne de limitation de l'urine claire est plus nette, le précipité plus dense qu'avec l'acide nitrique, même en présence d'une quantité moindre d'albumine; il persiste quand on agite le tube, tandis qu'avec l'acide nitrique il disparait.

Une cause de méprise commune à la pilule ferro-cyanique et à l'acide nitrique, est la présence de matières oléo-résineuses qui forment, elle aussi, dans l'urine un précipité.

Les pilules en question sont préférables aux papiers réactifs préconisés par le Dr Oliver de Karrogate, qui ont l'inconvénient d'introduire dans le tube, outre le produit révélateur, un corps étranger nuisant à l'élégance de la réaction cherchée. Elles sont d'ailleurs d'une conservation indéfinie.

(Med. Times and. Gazette. Février 83).

***

De l'administration des anesthésiques, *par le Dr Gilbert Barling.* — On peut, dit ce praticien, voir survenir la mort à la suite de l'inhalation des anesthésiques, pour plusieurs causes.

1° *Le mauvais choix de l'anesthésique à employer.* Aux jeunes enfants, on donne presque toujours le chloroforme, ainsi qu'aux vieillards; l'éther au contraire aux malades d'âge moyen. Le chirurgien qui choisirait l'un plutôt que l'autre des deux produits, pour avoir une action plus prompte, ou parce qu'il est plus habitué à lui, négligerait l'intérêt de son malade. Une contre-indication à cette règle, est qu'on ne devrait jamais se servir de l'éther dans les affections des voies respiratoires. Les chirurgiens d'un des hôpitaux de Londres sont d'avis que, pour réduire les luxations, on ne doit pas endormir les malades avec de l'éther, le chloroforme amenant une résolution musculaire plus complète.

Pour les opérations à faire à la bouche, le chloroforme offre le plus grand avantage de la rapidité d'action. Dans les cas de néphrite chronique, l'éther peut causer un œdème pulmonaire mortel; quand les malades présentent une grande distension de l'abdomen, l'éther amène des dangers, parce que les poumons sont repoussés par le diaphragme, la respiration abdominale se trouve entravée, et, en même temps, se produit la dilatation du cœur droit.

Quand il y a dilatation et dégénérescence graisseuse cardiaque, il est aussi dangereux d'employer le chloroforme que l'éther: la prudence conseille de faire inhaler un mélange egal des deux produits, sur un linge plié en cornet.

2° *La mort peut survenir par trop grande quantité de médicament ingéré.* Le médecin charge de l'anesthésie, doit y donner toute son attention sans se laisser distraire par l'opération, et cela, aussi longtemps que le patient est soumis à l'influence du médicament. Chez les enfants surtout, quelques inspirations de plus feront passer le malade de la sécurité au peril. Il faut aussi tenir compte d'une idiosyncrasie pour le chloroforme, comme il en existe pour l'opium, les mercuriaux, certains purgatifs.

3° *La mort succède à l'ingestion de petites doses.* — Elle peut alors s'expliquer par le *shock* ou l'arrêt du cœur, dû à l'action réflexe de certaines fibres du nerf vague, ou à l'arrêt de l'influence des nerfs vaso-moteurs sur les vaisseaux sanguins. La douleur durant l'etat de veille, peut causer plus ou moins d'arrêt du cœur, et diminution de pression vasculaire, laquelle diminution est compensée par une contraction des artérioles sous l'influence des vaso-moteurs.

Chez le sujet partiellement anesthésié, les fonctions des hémisphères du cerveau sont endormies et par suite la souffrance n'amène pas la contraction des vaisseaux sanguins et l'élévation consécutive de la pression sanguine, mais il se produit un réflexe d'autre espèce, le cœur s'arrête, sans que rien ne vienne compenser dans la pression vasculaire cet arrêt. Ainsi s'explique la mort survenue aprés une anesthésie légère au chloroforme, pour extraire une dent. Des expériences du Dr Brunton sur des animaux donnent des résultats similaires. Pour éviter les accidents dus à la syncope, il faut attendre que le sujet soit en plein sommeil pour commencer l'opération, les incisions de la peau étant toujours très douloureuses.

Quand il y aura obstruction plus ou moins complète du larynx, il est prudent d'user d'un mélange de chloroforme et d'air, dans les proportions de 5 à 7 pour 100, ou tout au moins de laisser à l'air un accès facile aux voies respiratoires. Le danger de l'emploi de l'éther pur réside dans l'encombrement du cœur droit par le sang; on l'évite en donnant à respirer l'éther sur un linge plié en cornet, procédé couteux, à vrai dire, et peu rapide, et en outre trop peu énergique dans des cas pour amener les malades à l'insensibilité. — Un appareil à inhalation, employé judicieusement, en laissant par moment passage à l'air, et au thorax la liberté des mouvements, ne donne pas d'accidents.

(Birmingham med. Review. mars 83).

Dr M. Picard.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DE LA CHATRE.

Extrait des statuts du Syndicat de la Châtre.

Art. 8. — L'assemblée nomme, tous les deux ans, une commission composée de six membres parmi lesquels elle désigne un président et un secrétaire-trésorier. L'élection est faite à la majorité absolue des voix au premier tour de scrutin secret, et à la majorité relative en cas de deuxiéme tour.

Art. 9. — La Commission est chargée de l'exécution et de la surveillance des décisions de l'assemblee, et de la poursuite de l'exercice illégal de la médecine.

Art. 10. — En cas de condamnation par les tribunaux encourue par un individu, du chef d'exercice illegal de la médecine, la Commission pourra se porter partie civile, au nom du syndicat.

Art. 11. — Dans le cas où il n'y aurait pas de condamnation, la Commission ne pourra entreprendre de poursuite qu'avec l'autorisation de l'assemblee generale.

Art. 12. — Dans les cas où il y aurait une demande de poursuites formulée par cinq membres, la Commission sera tenue de convoquer l'assemblée générale.

Art. 13. — Les frais de poursuites, *faites au nom du* syndicat, sont preleves sur les fonds de l'association.

II

ASSOCIATION ET SYNDICATS.

I

Association des médecins de la Haute-Garonne.

I. — Nous poursuivons d'abord un but essentiel, la révision de la loi de ventôse, barrière par trop illusoire contre l'exercice illégal, et nous pensons que cette révision se lie étroitement à la réforme de l'enseignement de la médecine, en sorte que le législateur peut indifféremment commencer par l'une ou par l'autre de ces besognes également urgentes, également commandées par le bien public.

II. — Nous nous efforçons ensuite de faire passer dans l'opinion et accepter par l'autorité ces formules si simples et si logiques: « la médecine aux médecins, la médecine par les médecins. »

C'est dire que nous voudrions voir centraliser, sous une seule et même direction medicale, tous les services de la médecine publique, les études qui s'y rattachent, les rouages administratifs qui en permettent le fonctionnement.

III. — Nous croyons enfin que, sans rompre avec les traditions médicales, toutes faites de dévouement et de générosité, sans rechercher avec trop d'âpreté la satisfaction matérielle due à nos soins et peines, nous pouvons nous concerter pour relever le tarif de nos honoraires et obtenir de qui nous emploie une rémunération équitable.

Mais nous reconnaissons aussi que c'est là un but actuellement hors de notre portée, quelque ardeur que déploient constamment pour l'atteindre les champions dévoués de la profession médicale.

Sans doute la loi *sur les associations* actuellement débattue dans les Chambres donnera, si elle est promulguée, une importante sanction aux efforts tentés dans ce sens et notre fédération est d'ores et déjà organisée pour devenir, du jour au lendemain, un vaste syndicat professionnel.

Mais ne nous payons pas d'étiquettes: l'organisation et les lois ne sont rien sans les mœurs, et les nôtres étaient naguère, elles sont encore pour une trop grande partie du corps médical, les mœurs de la défiance et de l'isolement. *(Extrait du discours de M. le Dr Labéda président).*

II

Société locale de la Charente, présidence de M. le Dr Bessète.

Extrat du rapport de M. le Dr Nadaud, d'Angoulême, secrétaire-trésorier.

« .... Notre Association générale n'est qu'une Société de Secours mutuels, et j'avoue que je ne sais pas comment elle pourrait avoir assez d'influence pour obtenir de l'État des réformes cependant bien urgentes, comment aussi elle pourrait forcer les autres Sociétés de Secours mutuels à modifier leur organisation.

C'est pour répondre à ces préoccupations de défense des intérêts professionnels que, dans beaucoup de départements, nos confrères ont constitué et que nous avons fondé nous-mêmes, un *Syndicat.*

Jusqu'à présent, nous n'avons qu'à nous féliciter de notre décision, et il en sera toujours ainsi si nous avons la sagessse de ne pas vouloir tout reformer trop vite; le syndicat et notre Société locale, qui comptent à peu près les mêmes membres, fonctionnent à côté l'un de l'autre sans avoir rien de commun, et se complètent l'un par l'autre: à l'Association générale appartient la bienfaisance, au Syndicat la défense de nos intérêts.

Mais je ne veux pas m'étendre davantage sur ce sujet; je tenais, cependant, à vous montrer que l'*Association* et le *Syndicat* ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, mais, au contraire, menaient, par deux chemins différents, à un but commun: l'amélioration de la situation matérielle et morale du corps médical.....

III

Nous reproduisons la circulaire suivante.

Elle démontre, que comme tant d'autres, la *Société de la Corrèze* n'a pas attendu la séance de l'Association générale pour reconnaître l'utilité des syndicats.

Monsieur et très honoré Confrère,

Fondée en 1879, la *Société de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de la Corrèze*, a été autorisée, par arrêté préfectoral du 20 septembre 1880, et agrégée à l'Association générale des Médecins de France, le 14 octobre 1881.

Malgré les avantages incontestables qu'elle offre au corps médical, elle ne compte encore que *trente-neuf* membres, quoique le nombre des médecins de la Corrèze soit supérieur à *cent.*

Rien ne saurait justifier cette indifférence; et nous venons de nouveau faire appel à votre concours d'autant plus utile que la loi sur les syndicats professionnels sera bientôt votée, et que les membres actuels de notre Société ont le projet de constituer un *syndicat médical* dans la Corrèze. Seulement, cette mesure ne produira le bien qu'on doit en attendre que si presque tous les médecins du département veulent bien y adhérer.

En effet, il faut l'union et le concours de tous pour résoudre et mettre en pratique ce triple problème de déontologie médicale.

1° *Rapport des médecins entre eux*;

2° *Rapports des médecins avec le public.* — Honoraires. — Sociétés de Secours mutuels. — Exercice illégal de la médecine, etc.;

3° *Rapport des médecins avec l'autorité.* — Médecine légale. — Vaccinations, — Organisation du service médical dans les campagnes, etc.

Dans la séance de l'Association générale des Médecins de France, du 16 avril 1882, M. le docteur Martineau, vice-secrétaire, s'exprimait ainsi :

« La pensée dominante qui préside à la fondation des » syndicats professionnels est la suivante : La désunion » du corps médical, la jalousie professionnelle avec tous » ses fruits, ont empêché jusqu'à ce jour la réalisation « des aspirations du corps médical, la solution de toutes » les réalisation des aspirations du corps médical, la » solution de toutes les questions qui intéressent la cor- » poration tout entière; uni, au contraire, dans une » même solidarité confraternelle et professionnelle, le » corps médical relèvera son prestige, améliorera sa situa- » tion financière et revendiquera hautement ses droits, » vaillamment conquis par une vie d'étude et de dévoue- » ment. »

Tel est le but que nous avons la ferme volonté d'atteindre; nous espérons donc que vous voudrez bien vous unir à nous et adresser, avant le 25 mars, votre adhésion, soit à M. le docteur Faugeyron, secrétaire, soit à M. le docteur de Chammard, trésorier de la Société, à Tulle.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Docteur Longy. *président;* Docteur Vergne, *vice-président*; Docteur Faugeyron, *secrétaire*; Docteur de Chammard fils, *trésorier.*

Le syndicat, dont il vient d'être question, est en voie de formation.

Membres de la Commission d'organisation :

ARRONDISSEMENT DE BRIVES

MM Labrousse, Basche, *de Brives*

ARRONDISSEMENT D'USSEL

MM. Fargeix *de Saint-Etienne-du-clos*, Massan *de Saint-Félix de Liginiac.*

ARRONDISSEMENT DE TULLE

MM. Masmontéil *de Treignac*, Pasquet, *d'Userches.*

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Krishaber, qui vient de succomber à l'âge de 47 ans à une fièvre typhoïde. Né en Hongrie, M. Krishaber s'était fait naturaliser français; il a publié en France de nombreux travaux tant sur la laryngologie, science dans laquelle on sait qu'il s'était spécialisé avec beaucoup de succès, que sur la médecine générale (pathologie du cerveau, névropathie cérébro-cardiaque etc.) L'académie des Sciences lui avait récemment décernéle prix Montyon pour son travail, fait en collaboration avec M. Dieulafoy, sur l'inoculation du tubercule au singe.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

28 Avril 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 17

SOMMAIRE

BULLETIN

L'évènement de la séance a été la présence de M. *Pasteur* que l'on n'avait point vu depuis longtemps à l'Académie de médecine. Aussi, en lui donnant la parole, M. le Président lui a-t-il souhaité la bienvenue en ces termes :

« L'Académie vous voit revenir au milieu de nous avec un grand plaisir, et elle espère que, maintenant que vous avez repris le chemin de notre enceinte, vous ne l'oublierez plus. » *Les doctrines microbiennes et la vaccination charbonneuse*, tel est le titre de la communication dont M. Pasteur a donné lecture, et ce titre même indiquait que l'orateur, laissant de côté les questions de clinique pure, se proposait surtout de mettre en relief les services que l'on doit attendre de la méthode de l'inoculation par les virus atténués. Après avoir déclaré qu'il était inexact de dire, avec M. Peter, qu'il s'était trompé dans les conclusions que lui avaient suggérées ses expériences sur la rage, l'éminent académicien a raillé les médecins qui ont passé six mois à discuter sur le traitement de la fièvre typhoïde, sans parvenir à s'entendre.

Il affirme que « quand on est à la veille, peut-être, de résoudre la question de l'étiologie de cette maladie par la *microbie*, M. Peter commet un blasphème médical, en disant : Eh ! que m'importent vos microbes? Ce ne sera qu'un microbe de plus. » — M. Pasteur n'explique pas en quoi la découverte de ce nouveau microbe éclairerait la thérapeutique de la maladie, mais l'interprétation qu'il donne de l'expérience de la poule, chez laquelle, *par le simple refroidissement*, on crée une réceptivité pour la maladie charbonneuse, tandis que, en lui restituant de la chaleur, on crée, chez elle, une réceptivité inverse, cette interprétation, disons-nous, indique bien en quel sens on devra, suivant M. Pasteur, diriger les tentatives thérapeutiques. Pour le moment, toutefois, il n'y a encore là que des hypothèses que l'avenir se chargera de vérifier. Passons donc aux faits. — Après avoir rappelé « la merveilleuse expérience de Pouilly-le-Fort, » M. Pasteur a annoncé que l'usage des vaccinations sur les animaux tendait à se répandre de plus en plus, et que celles du mois actuel dépasseraient le chiffre de cent mille. L'orateur a ajouté que, à sa connaissance, il n'y avait pas eu, depuis le mois de novembre dernier, un seul animal qui ait succombé aux suites de la vaccination. Ce fait, qui indique les progrès accomplis dans l'application de la méthode nouvelle, est, à lui seul, bien plus probant, en faveur de cette méthode, que les plus brillantes hypothèses.

M. *Bouley* donne lecture d'une note sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. D'après cette note, rédigée sur les documents que l'auteur a recueillis à Lyon, la méthode de Brand, pour donner tous ses résultats, doit être appliquée dès le quatrième ou le cinquième jour de la maladie. Au point de vue de la statistique, comme l'eau froide ne jugule pas plus la fièvre typhoïde que les médicaments, on ne

devra considérer comme cas de fièvre typhoïde, que ceux dans lesquels la température sera demeurée supérieure à la normale pendant dix-sept jours au minimum. M. Bouley affirme que la statistique de Brand a été faite dans ces conditions : or, le chiffre moyen de la mortalité, accusé par Brand, est de 7, 4 p. 0/0, y compris les enfants. La statistique est donc encore loin d'être un argument péremptoire en faveur de la méthode allemande.

M. *M. Perrin* annonce qu'il a reçu, de divers côtés, des observations qui viennent à l'appui de la note qu'il a déposée, il y a plus d'un an, sur l'existence d'une nouvelle espèce de conjonctivite : la *conjonctivite rhumatismale*, à forme soit purulente, soit catarrhale. De cette intéressante communication, il résulte que dans toute conjonctivite purulente chez les rhumatisants, ou dans toute conjonctivite purulente qui ne résulte pas d'une contagion reconnue, il est indiqué d'ajouter au traitement local, par le nitrate d'argent, un traitement général par les médicaments antirhumatismaux et spécialement par le salicylate de soude. Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

DES BRONCHITES (*suite et fin*).

I

M. Hayem, dans sa remarquable thèse d'agrégation (1) a établi la classification des bronchites d'après leurs causes suivant trois groupes.

Le premier de ces groupes comprend les bronchites idiopathiques, c'est-à-dire, celles qui, dérivant d'une cause extérieure facile à constater, ont une sorte d'individualité propre. Cette cause peut être banale, comme le refroidissement ; elle peut être spéciale, comme le traumatisme, l'irritation locale par des poussières ou des corps gazeux, (air chargé d'ammoniaque, de chlore, d'acide sulfureux, nitreux, phosphorique, gaz d'éclairage).

A propos de gaz d'éclairage, ouvrons une parenthèse pour rappeler que bon nombre de médecins ont eu la mauvaise idée de préconiser le séjour dans les usines à gaz pour le traitement de la coqueluche et que les résultats de cette pratique ont été désastreux. La broncho-pneumonie, la plus redoutable des complications de la coqueluche, a

(1) Des Bronchites, Paris, 1869.

trop souvent été le seul résultat obtenu par cette médication.

Parmi les bronchites idiopathiques, M. Hayem a placé aussi celles que peuvent produire certains poisons, éliminés particulièrement par la muqueuse des voies aériennes. Ainsi les lésions des bronches se rencontrent dans l'alcoolisme aigu et chronique, même expérimental chez des chiens (Magnan) et dans l'intoxication par l'essence d'absinthe. D'après plusieurs auteurs, l'iodure de potassium déterminerait aussi, dans certains cas, une sorte de flux catarrhal par la muqueuse des bronches. Il existerait peut être aussi une bronchite arsenicale (Lolliot) (1).

Nous avons étudié, dans notre dernier article, le type habituel de la bronchite idiopathique, nous avons montré combien ce type était modifié par l'âge du malade ; il nous reste à faire voir à quel point il est plus encore transformé par le siège de l'inflammation dans des conduits aériens de calibre étroit. Sans vouloir faire ici la description de la bronchite capillaire, nous ne pouvons manquer de rappeler combien l'extension de l'inflammation des bronches moyennes aux petites bronches change le tableau clinique et assombrit le pronostic, en faisant succéder une affection, mortelle le plus souvent, à une affection constamment bénigne.

La BRONCHITE CAPILLAIRE s'observe surtout chez les enfants et, le plus souvent, succède à l'inflammation des bronches moyennes, comme un incendie qui gagne de proche en proche. Elle peut aussi débuter d'emblée.

Rilliet et Barthez en ont laissé une peinture exacte et colorée, bien digne de cette galerie de tableaux cliniques qui constitue l'œuvre de ces observateurs éminents (2). « Il survient une fièvre intense ; le pouls est plein, accéléré, la peau chaude, la face colorée, la soif vive et l'appétit perdu. La respiration commence à s'accélérer ; la toux, si elle existait, augmente ; si elle n'existait pas, survient alors, d'ordinaire sèche ; elle a souvent lieu par quintes courtes, suivies ou non d'un léger sifflement, et, au bout de quelques jours, d'expectoration jaunâtre... La toux est quelquefois accompagnée de douleurs ; l'auscultation fait entendre un mélange de râles ronflants ou sibilants et muqueux ; la respiration s'accélère encore et devient inégale, irrégulière, courte, soufflante ; l'oppression considérable s'accompagne de pâleur ou de congestion violacée de la face, surtout après les quintes de toux, d'anxiété, d'une large dilatation des ailes du nez. L'accélération du pouls persiste et augmente ; mais en même temps ses caractères changent, il devient petit, inégal. Le décubitus, en rapport avec l'oppression et l'anxiété, est dorsal, élevé ou assis. L'abondance des râles humides indique l'abondance de la sécrétion bronchique. Si la maladie se prolonge, les symptômes précédents offrent quelquefois des rémissions irrégulières, pour reprendre ensuite leur intensité première. Dans les derniers temps,

(1) Etude sur l'arsenic, Th. Paris, 1868.
(2) Maladies des enfants, T. 1.

il survient une altération profonde des traits, un amaigrissement considérable; la toux est extrêmement pénible; les aspirations se succèdent avec une prodigieuse rapidité; le pouls est insensible; les enfants sont assoupis ou agités, et enfin la mort vient terminer la scène. »

Telle est la forme la plus grave de la bronchite aiguë, elle mérite bien son nom de catarrhe suffocant. Son principal caractère est l'intensité de la dyspnée, cette dyspnée spéciale, avant-coureur de l'asphyxie, l'*orthopnée*, que P. Franck décrivait en ces termes : « Les voilà qui sentent leur poitrine par degrés plus grevée, comme enfin si de liens fût étreinte, le souffle tout ensemble et les paroles leur manquer, des sueurs visqueuses leur ruisseler sur le front et le cou, pour ce qu'ils sont angoissés à l'extrême. En cette condition lamentable, les muscles, qui suffisent à gens bien portants, ne peuvent assez élever le thorax; mais aussi le malade appelle à l'aide ceux qui sont communs au cou et à la poitrine, et, pour assurer à ces muscles un point fixe, le tronc toujours élevé, il renverse la tête, pendant que ses bras tendus de chaque côté s'enfoncent dans les oreillers ou se cramponnent aux poignées du siège. »

La bronchite capillaire peut tuer en trois jours un enfant, elle peut évoluer plus lentement, en cinq, dix, quinze jours.

Le traitement doit être être surtout prophylactique; surveiller toute inflammation qui tend à gagner les bronches de petit calibre et combattre avec l'ipéca et les ventouses sèches les poussées congestives. Quand les symptômes d'asphyxie apparaissent, c'est aux excitants et aux stimulants diffusibles qu'il faut avoir recours, alcool et quinquina, injections hypodermiques d'éther, frictions sur les extrémités inférieures avec le baume de Fioraventi, sinapismes sur les cuisses; faire varier le décubitus.

II

Puis vient le groupe des BRONCHITES SYMPTOMATIQUES soit de maladies pyrétiques ou infectieuses (grippe, coqueluche, fièvres éruptives, intermittentes, diphthérie), — soit des maladies diathésiques et constitutionnelles, (goutte, dartres, rhumatisme, scrofule, rachitisme, scorbut).

La bronchite fait tellement partie de la symptomatologie de la *grippe*, que, pour quelques auteurs, celle-ci ne serait qu'une bronchite épidémique. Toutefois, la plupart des auteurs voient seulement dans le catarrhe de la grippe une des nombreuses manifestations de cette maladie qui est assimilable aux maladies infectieuses, par la multiplicité de ses déterminations organiques, la marche particulière de la fièvre et de la température, et surtout par la disproportion entre les symptômes bronchiques et l'état général. Le catarrhe a beau être peu marqué, la prostration des forces est très grande.

Dans la *coqueluche*, le catarrhe est un des éléments les plus constants de l'affection et mérite, suivant Blachez, Rilliet et Barthez, d'être considéré comme représentant ce qu'est l'angine dans la scarlatine; pourtant, la plupart des auteurs font remarquer que l'élément bronchique est plutôt anatomiquement une congestion qu'une phlegmasie, et les accidents franchement inflammatoires, lorsqu'ils apparaissent, sont de véritables complications.

Le début de la coqueluche se faisant par un catarrhe, en apparence semblable à toute bronchite banale, il est fort important de pouvoir saisir, aussitôt que possible, les quelques indices qui peuvent permettre de prévoir la nature spécifique de ce catarrhe prémonitoire, car déjà l'a ection est contagieuse, et il est indiqué d'isoler les autres enfants. De très bonne heure, dans le catarrhe coquelucheux, les secousses de toux sont plus rapprochées les unes des autres, la quinte est déjà esquissée; les enfants laissent échapper de leur bouche quelques mucosités filantes, fait important, puisque les enfants ne crachent pas dans la bronchite ordinaire. La toux va croissant, malgré les moyens mis en usage, et ces caractères, s'il s'y ajoute cette notion que le malade a été en rapport avec des enfants atteints de coqueluche, peuvent faire soupçonner la véritable nature de la maladie, avant que les quintes intermittentes, le sifflement sonore de l'inspiration et l'expulsion abondante de mucosités la mettent hors de doute. (Barth).

Dans la *rougeole*, on s'accorde à regarder le catarrhe bronchique, qui évolue en même temps que la phlegmasie des autres muqueuses, comme ayant la même signification que l'éruption cutanée. On sait qu'il est caractérisé par une toux forte, à son rauque au début (toux férine), grasse plus tard, et donnant lieu au rejet de crachats opaques nageant dans un fluide opaque lui-même, crachats qui ne sont pas sans analogie avec ceux de la phthisie pulmonaire. Au début, l'intensité des phénomènes fébriles, survenus sans cause extérieure apparente, accompagnés de coryza et de larmoiement, la rougeur piquetée du voile du palais mettront sur la voie de la fièvre éruptive. Les râles, dans cette forme de bronchite, ont d'ailleurs le maximum d'intensité vers les régions moyennes et inférieures des poumons; la toux et l'expectoration diminuent quand l'éruption disparaît. Si l'on est appelé auprès d'un malade dont l'exanthème a complètement disparu, dans certains cas où le catarrhe bronchique s'est prolongé plus que de coutume, on peut être quelques instants dévoyé sur la piste de la tuberculose pulmonaire par l'aspect des crachats.

La bronchite qui, dans la *fièvre typhoïde*, mêle ses symptômes à ceux de la congestion hypostatique des poumons, se revèle à l'auscultation par un mélange de râles sonores et sous-crépitants, agglomérés à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, s'élevant en décroissant jusqu'au tiers supérieur, se manifestant rarement dans les régions antérieure et supérieure.

Gintrac, dans l'article Bronchite du *Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques*, se demande si la *fièvre intermittente* ne peut pas donner naissance à une bronchite intermittente, qui serait une forme larvée d'impaludisme. « Exerçant,

dit-il, la médecine dans une contrée où les maladies présentent souvent des caractères intermittents, j'ai quelquefois observé cette bronchite périodique. » En pareille occurrence, le sulfate de quinine devrait évidemment être essayé, et son efficacité curative serait la pierre de touche du diagnostic.

A propos de la bronchite dite diphthéritique, il importe de faire une distinction entre la *diphthérie* des bronches, qui se montre consécutivement à celle des voies aériennes supérieures, et une bronchite simple survenue accidentellement dans le décours d'une angine diphthérique. Le rejet de fausses membranes tubulées, moulées sur les ramifications bronchiques, est alors le seul signe pathognomonique qui permette d'affirmer l'existence de la diphthérie bronchique, complica ion à peu près constamment mortelle.

Les bronchites symptomatiques d'états diathésiques et de maladies constitutionnelles présentent aussi un grand intérêt. Beaucoup d'entre elles sont regardées par les auteurs comme de simples complications, plutôt que comme des affections symptomatiques. On peut encore dire que les états diathésiques ne font qu'imprimer une physionomie particulière à des bronchites accidentellement contractées.

Pourtant il semble qu'on doive admettre que la *syphilis* peut engendrer directement la bronchite. Stokes reconnait deux variétés de bronchites syphilitiques, l'une aiguë, l'autre chronique. La première, accident secondaire, est comparable aux exanthèmes et peut précéder ceux-ci. La seconde observerait aussi dans la période tertiaire, à l'époque des gommes, des lésions osseuses, et on peut admettre qu'il y a des ulcérations dans les bronches comme celles qu'on a trouvées incontestablement dans la trachée. « Nous avons vu, dit Barth, des cas de ce genre où les accidents les plus formidables mettaient la vie dans un péril imminent, et où la présence de quelques ulcères rebelles sur la figure ou le cou, nous ayant mis sur la voie de la vraie nature du mal, un traitement antisyphilitique a été suivi d'une guérison inespérée. »

La bronchite est une complication assez fréquente du *rhumatisme*; y a-t-il lieu pourtant d'admettre une bronchite rhumatismale comparable à l'angine? Ce n'est pas l'avis des auteurs les plus compétents.

La même réserve doit être observée vis-à-vis de la bronchite qui se montre chez les gens atteints de la *goutte*. Greenhow dit : « Nul doute que la dyscrasie goutteuse ne produise simplement une prédisposition marquée à la bronchite, et cette maladie se développe alors par quelque cause extérieure excitante, qui, fréquemment, est bien plus légère que celle qui produirait le même effet chez un sujet bien portant. » — « Chez les goutteux, la bronchite a une grande tendance à se prolonger, même à l'état subaigu, donnant lieu à des râles persistants à la partie postérieure et inférieure de la poitrine.

Chez les *scrofuleux*, dont le système muqueux est habituellement et passivement congestionné, la bronchite est remarquable par ses répétitions fréquentes, ses faciles recrudescences et sa tendance à se prolonger à l'état chronique » (Barth).

Les malades affectés de ce vice de nutrition inconnu dans son essence, qu'on a désigné tour à tour sous le nom d'*herpétisme* et de dartre, sous l'influence duquel apparaissent tant de manifestations cutanées, présentent une prédisposition très grande à contracter des bronchites qui sont un peu spéciales. Tout porte à croire que la cause générale qui entretient les manifestations cutanées agit aussi sur la muqueuse des bronches. Un fait certain est que chez un assez grand nombre de ces malades, il existe une sorte de balancement entre l'état de la peau et celui de la muqueuse bronchique. Quand le tégument externe est le siège d'une poussée d'eczéma ou d'impétigo, le malade a la respiration parfaitement libre, et, ne tousse pas. La dermatose vient-elle à disparaître, une bronchite est bientôt constatée et souvent elle acquiert une physionomie particulière d'intensité; une grande oppression, une abondance de râles sibilants, sonores et muqueux, dans toute la poitrine constituent des espèces d'accès d'asthme bronchique qui ne se calment qu'au bout de plusieurs jours.

III

Le troisième groupe de bronchites admis par M. Hayem, est celui des BRONCHITES DEUTÉROPATHIQUES survenant secondairement à d'autres maladies, parfois à titre de simple complication, souvent aussi en connexion assez étroite avec elles. Par bien des côtés, ce groupe ressemble au précédent, peut-être même mériterait-il d'être confondu avec lui.

Ainsi les bronchites qui apparaissent chez les malades atteints de *tuberculose pulmonaire*, sont considérées parfois comme des complications; sans doute, elles viennent aggraver chaque fois l'état du tuberculeux, mais elles sont si fréquentes et dépendent si directement de l'irritation créée par la présence des tubercules, qu'on peut aussi bien les regarder comme faisant partie de la symptomalogie de la tuberculose du poumon. Elles présentent cette particularité d'être localisées surtout aux sommets des poumons, autour des néoplasmes, de récidiver facilement, et, chaque fois qu'elles disparaissent, d'avoir favorisé l'extension du processus tuberculeux. Elles offrent cet immense intérêt pratique de nécessiter un traitement énergique, dans lequel les révusifs joueront le principal rôle et produiront souvent les meilleurs effets, en contribuant à dériver la congestion périturberculeuse. Il importe donc extrêmement de surveiller très soigneusement toute bronchite survenant chez des personnes que, par leurs antécédents héréditaires ou personnels, on peut suspecter de tuberculose, et, pour peu que chez elles, la bronchite se localise vers les sommets, nous croyons que les vésicatoires volants répétés, les applications de pointes de feu, les badigeonnages iodés devront être utilisés largement.

Les bronchites sont très fréquentes chez les *cardiaques*, surtout chez les mitraux dont la circulation broncho-pulmonaire est de bonne heure entravée. Les bronchites des cardiaques s'accompagnent d'une dyspnée considérable : on entend à l'auscultation dans les régions postérieure et inférieure de la poitrine des râles sous-crépitants fins, dus à la sécrétion des bronches ainsi qu'à un certain degré de congestion et d'œdème pulmonaire.

Il faut tâcher d'instituer un traitement prophylactique et curatif sévère de la bronchite chez les malades atteints de maladies du cœur; car chaque bronchite nouvelle, en accroissant la gêne circulatoire, devient une cause de surcroit de fatigue pour le muscle cardiaque et pousse le malade vers l'asystolie.

Chez les *emphysémateux*, c'est encore par l'intensité de la dyspnée que la bronchite se distingue; la respiration et la toux sont sifflantes, les crachats plutôt séro-muqueux que muco-purulents; les râles, sibilants, nombreux et retentissants. Mêmes indications que pour les bronchites des cardiaques, puisque l'emphysème a pour aboutissant naturel la dilatation du cœur droit.

Les bronchites que fait naître souvent le travail de la *dentition* chez les enfants, peuvent encore être rangées dans cette catégorie des bronchites deutéropathiques, elles ne réclament point d'indications particulières.

Il est une variété de bronchites à laquelle la perte si regrettable du professeur Lasègue donne un caractère d'actualité, ce sont celles que cet éminent clinicien avait décrites sous le nom de BRONCHITES ALBUMINURIQUES.

Je ne sais pourquoi, dans les éloges funèbres et les articles nécrologiques qui ont été composés sur M. Lasègue, on a plus volontiers loué ses qualités d'écrivain, d'orateur, de philosophe que son talent de médecin praticien ; quelques critiques même ont donné à entendre que sa valeur comme clinicien était discutable. Telle n'était pas assurément l'opinion de ceux qui l'ont connu et entouré dans son service de la Pitié ; à leurs yeux, au contraire, jamais le beau titre de clinicien ne fut mieux mérité que par ce médecin sagace, observateur de premier ordre, qui ne croyait pas que deux malades pussent jamais être identifiés l'un à l'autre, puisqu'il est impossible de trouver deux hommes de constitution et de passé identiques, qui faisait enfin si bon marché des classifications arbitraires de la nosologie et des descriptions forcément schématiques des pathologistes.

Or, M. Lasègue avait étudié avec prédilection les manifestations que les malades atteints d'affections rénales présentent si souvent du côté de l'appareil respiratoire, et, en 1879, il a consigné, dans les *Archives de la Médecine*, le résultat de ses observations.

La localisation des troubles morbides sur les voies respiratoires lui semblait avoir d'autant plus d'importance que cette localisation peut être le symptôme initial qui attire l'attention sur une albuminurie ignorée, au même titre que les troubles visuels ou tout autre symptôme d'urémie.

La plupart des localisations pulmonaires de l'albuminurie sont passagères, mobiles, variables d'extension et d'intensité.

Pour la commodité de la description, on peut admettre trois types cliniques, bien que les cas mixtes où ces types se confondent et alternent ne soient pas rares.

Le type le plus simple et le plus commun consiste en accès de dypsnée accompagnée de toux, celle-ci étant légère ou nulle en dehors des crises.

Pendant ces accès, la sonorité thoracique reste normale, la fréquence des respirations n'est pas augmentée, la respiration est ample et pénétrante dans la presque totalité de la poitrine; en cherchant avec soin, on trouve un ou plusieurs foyers de râles crépitants sans souffle. Dans chaque foyer, les râles crépitants fins et très agminés au centre, décroissent vers la périphérie, deviennent moins nombreux et plus lointains; dans la zône extrême, la respiration est un peu affaiblie et les bruits adventices disparaissent. Ces foyers n'occupent jamais un lobe entier, ils existent tantôt dans les portions supérieures, tantôt à la base des poumons, souvent dans la région axillaire; ils sont donc bien différents de l'œdème hypostatique des affections mitrales, qui décroît de la base au sommet. Ces foyers sont très mobiles. L'expectoration est d'ailleurs nulle ou insignifiante : mais, contraste singulier, ces signes locaux si fugaces et si peu marqués s'accompagnent d'un état général très alarmant. La dyspnée est intolérable, elle s'exagère par accès spontanés, ne s'accroît pas par la marche, mais apparaît surtout la nuit et rend le décubitus impossible. Le malade est angoissé sans signe d'asphyxie. Ces accès sont comparables aux attaques pseudo-asthmatiques de l'insuffisance aortique. Trousseau les connaissait bien déjà, et surprit un jour Lasègue, avec lequel il était en consultation, en lui disant d'un malade affecté de semblables symptômes: « C'est un albuminurique, » présomption bientôt justifiée par l'examen des urines.

Le traitement de ces accès consiste en applications réitérées de ventouses sèches, purgatifs drastiques, calmants respiratoires et antispasmodiques. Il faut savoir que ces accès prennent fin d'eux-mêmes, c'est un *état de mal* dyspnéique.

Une deuxième forme consiste en symptômes qui confinent aussi bien à la pneumonie superficielle, qu'à la bronchite.

Il s'agit d'un catarrhe bronchique à début subit, sans les intermédiaires qui préparent les bronchites catarrhales ordinaires. L'affection atteint d'emblée l'intensité qu'elle conservera jusqu'au bout. La dyspnée est analogue à celle de la forme précédente, mais elle n'est plus le symptôme prédominant. La toux est constante, à quintes éloignées, s'exagérant pendant les crises d'oppression. Les crachats sont muqueux, puis muco-purulents, aérés, mélangés à du sang diffus qui les colore en masse ou qui s'y trouve sous forme de filaments et de grumeaux noirâtres pendant toute la durée de l'attaque.

L'auscultation révèle l'immunité de la presque totalité de la poitrine; les signes morbides sont

disposés en foyers plus ou moins étendus, non plus décroissants sur les bords, mais *en plaques*, aussi accusés sur les bords qu'au milieu; ces foyers sont successifs, s'éteignent en un point pour reparaître ailleurs. Quand l'attaque prend fin, l'apparition de râles ronflants et sibilants signale la période de décroissance. La durée moyenne des accidents est d'un mois.

Le meilleur traitement consiste dans les alcalins associés aux balsamiques, l'extrait d'opium en petites quantités, — point de dérivatifs cutanés.

La troisieme forme admise par Lasègue sort un peu de notre sujet, puisqu'elle consiste en une broncho-pneumonie succédant à une bronchite prodromique du type commun. Mais la fièvre atteste le passage de l'une à l'autre, l'oppression est plus continue les râles sont crépitants et les crachats sanguinolents persistent pendant tout le temps de la maladie.

Quelque alarme que semble devoir faire naître l'existence de cette complication des néphrites, le pronostic est relativement favorable, et on aurait tort de l'assombrir vis-à-vis de l'entourage. Sa tendance est de tourner à bien après une période déterminable, c'est une maladie cyclique, et qui surtout ne mène pas à la phthisie, si bien que Lasègue a pu écrire : « Quelque peu de confiance qu'inspirent les antagonistes en médecine, il est certain que l'albuminurique n'apporte de prédisposition ni à la tuberculose, ni à la caséification pulmonaire. »

Parvenu à la fin de cette étude déjà longue sur la valeur séméiologique des bronchites au point de leur marche, du pronostic qu'elles comportent et des indications que fait naître la connaissance de leur étiologie, je n'ai pu encore envisager que les bronchites aiguës et subaiguës.

Aborder la bronchite chronique et la dilatation des bronches, m'entraînerait trop loin; j'y reviendrai quelque jour. PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DES NOURRICES SUR LIEU ET DES NOURRISSONS A LA CAMPAGNE.

Placé dans un centre nourricier, j'ai eu l'occasion d'étudier ces deux questions importantes. Il y a là un intérêt social considérable qui a attiré l'attention de nos législateurs : une loi a été faite pour protéger l'enfance. Y a-t-elle réussi ? D'une façon très incomplète à mon avis. Il reste beaucoup à faire et cela dépend surtout des médecins qui, tout en travaillant pour l'intérêt général, pourraient y trouver leur avantage particulier.

Voyons d'abord la question des nourrices sur lieu.

Comment se procure-t-on une nourrice ?

Si on habite une ville dotée d'un bureau de placement, l'accouchement terminé, le père et le médecin s'en vont dans un de ces établissements faire leur choix parmi un certain nombre de sujets. Le médecin est mis en demeure de se prononcer rapidement. Il examine la qualité du lait : c'est bien ! — la quantité : cela devient plus difficile ! — La santé générale : il doit s'en rapporter aux apparences ; et c'est trompeur ! — Les maladies contagieuses, les diathèses latentes : elles lui échapperont bien souvent. Reste la question de caractère, de moralité : qui la tranchera ? là-dessus pas de renseignements sérieux possibles. Et voilà la nourrice bien et dûment choisie. Il est vrai que l'on aura la ressource de la congédier et de recommencer indéfiniment l'expérience !

Voilà pour la famille.

Pour la nourrice, j'en dirai peu de chose, si ce n'est qu'elle s'ennuie au bureau, qu'elle peut y tomber malade, y perdre son lait, ses espérances et son argent. Mais son enfant ? C'est ici une question d'humanité. Ce malheureux a de deux à quatre mois. On l'emmène par n'importe quel temps. Arrivé au bureau, il passe brusquement de l'air vif de la campagne dans un milieu à air concentré, surchauffé, qui est souvent le foyer d'épidémies et de maladies infantiles. Il trouve, au sein de la mère, un lait généralement moins bon, parce que celle-ci est fatiguée et se ressent du brusque changement. Cependant, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, la mère trouve une place : lui, il est sevré et ramené dans ses pénates. Par suite de la fatigue, du froid, du chaud, du sevrage ou de la contagion, il fait une petite ou une grande maladie dont il meurt ou guérit : bien heureux, si, quelque temps après, on ne le ramène pas au bureau, pour cause de déplacement de la mère !

Je résume les conséquences des placements aux bureaux :

Parents, qui prennent la nourrice, mal renseignés et souvent mal servis.

Nourrices exposant leur santé et leur bourse.

Enfants des nourrices exposés inhumainement à toutes sortes de fatigues et de dangers.

Voilà pour les villes, dotées de bureaux de placement ; heureusement qu'il n'y en a guère !

Pour les autres, on y a des difficultés inouïes pour se procurer des nourrices. On n'a que des intermédiaires douteux : des domestiques, amis ou parents des nourrices qu'ils indiquent. Les médecins n'interviennent pas ou seulement pour la forme. Il faut des cas très graves pour que l'on se décide à renvoyer une nourrice dans ces conditions. Dans ce cas, on évite bien les les inconvénients afférents à la nourrice et à son enfant surtout ; mais quelle garantie a la famille?

Tel est l'état de chose actuel. J'ai signalé le mal : j'indiquerai un remède. A mes collègues du *Concours* d'apprécier.

« Vous, cher confrère, qui êtes *médecin de ville*, vous avez des clientes trop riches ou trop faibles pour être nourrices de leurs propres enfants. — Moi, *médecin de campagne*, j'ai des clientes assez pauvres pour désirer faire argent de leur lait et assez fortes pour commencer l'allaite-

ment de leur enfant et ensuite mener à bonne fin l'allaitement d'un enfant étranger. Si vous le voulez bien, nous ne discuterons pas la moralité du fait. Il existe ; et, c'est là une *nécessité sociale* qu'il faut accepter pour le moment. Il s'agit seulement, à nous deux, de sauvegarder, dans les limites du possible, les intérêts en jeu : Vous vous adresserez à moi, quelque temps avant l'accouchement de votre cliente ; vous aurez consulté ses goûts, demandé ses conditions ; vous me direz tout cela, avec votre manière de voir personnelle. Alors je choisirai, parmi mes clientes, celle qui pourra vous agréer. Et toutes choses étant réglées, nous attendrons l'évènement (1). Une dépêche ; et, dans les vingt-quatre heures environ, vous recevez notre nourrice toute fraîche. Grâce à ce système, la nourrice évitera les frais et les ennuis du bureau ; son enfant, toutes les causes probables de maladie sus-indiquées ; et, nos clients, de leur côté, auront des chances sérieuses d'être mieux servis. »

Ainsi, deux médecins interviendraient seuls dans une affaire où ils sont essentiellement et uniquement compétents. Par le fait, on étendrait les limites du domaine médical, on augmenterait l'autorité des médecins et leurs ressources. Le médecin des villes aurait peut-être peu à gagner au point de vue pécuniaire, mais le médecin de campagne, qui jouerait ici le principal rôle, aurait droit à une rétribution sérieuse. Par qui ? par la famille qui demande la nourrice, à mon avis : pour cette raison, qu'actuellement elle rembourse généralement la nourrice de tous les frais de voyage et de bureau. J'espère que quelques-uns de mes collègues qui peuvent être intéressés à cette question, l'étudieront et voudront bien faire les objections et combler les lacunes que pourra soulever cette étude forcément sommaire.

Après la question des *nourrices sur lieu*, je vais étudier celle beaucoup plus importante des *nourrissons placés à la campagne*. Il s'agit ici d'un nombre d'enfants considérable fournis par la classe ouvrière. La femme de l'ouvrier est généralement obligée de travailler pour subvenir aux frais de la famille et, pour cela, de placer ses enfants en nourrice ; la femme du commerçant est souvent indispensable à la maison, et doit agir de même.

Ceux qui auront, à la campagne, des parents qui veuillent ou puissent s'occuper de l'élevage de leurs enfants trouveront là une garantie. Pour les autres, ils chercheront, par des intermédiaires quelconques, des nourrices à qui ils confieront leurs enfants, ou bien, en désespoir de cause, ils viendront échouer dans les *bureaux de placement*.

Les nourrices viennent s'y rencontrer avec les parents des enfants. Elles se présentent sans aucune référence sérieuse possible : on les juge à l'apparence ! On discute le prix de la pension ; puis la nourrice part avec son nourrisson. Que deviendra-t-il ce petit abandonné ? — car c'est son vrai nom. Il aura pour toute défense *la loi de protection* : et c'est peu, nous le verrons plus tard. Il faut ou une misère nécessiteuse ou une indifférence coupable, pour expliquer la conduite des parents qui confient leurs enfants dans ces conditions. Aussi voit-on un grand nombre des enfants sortant des bureaux de placement, abandonnés bientôt par leurs parents : le prix des mois se fait d'abord attendre ; puis les lettres deviennent rares : la somme due va en augmentant ; enfin, on n'entend plus parler de rien : les parents disparaissent.

Mais que fait la nourrice dans ces circonstances ? Que devient l'enfant ?

Si une nourrice se charge d'élever des enfants, c'est toujours dans un esprit de lucre et souvent pour gagner le pain quotidien de la maison. On peut juger des conséquences, quand il arrive que le nourrisson, qui devait être le gagne-pain, devient une nouvelle charge pour la famille.

Que fait la loi de protection dans ce cas ? Rien. Elle pourrait, elle devrait tirer la nourrice d'une situation dangereuse pour elle, pour sa famille et *surtout pour le nourrisson* : elle n'est pas faite pour cela ! Mais alors sévira-t-elle contre la nourrice si l'enfant manque du nécessaire ? La nourrice, à toutes les observations qu'on lui fera, répondra invariablement : « Je ne reçois pas d'argent ; je n'en ai pas : donnez-moi de quoi payer ce que vous exigez. — Il n'est pas bien tenu ! — Mais il faut que je travaille pour le nourrir, lui et les miens. — Il faut lui donner de bon lait au lieu de bouillie ! — Je donne ce que je puis, et ce qui coûte le moins cher. — Il est malade, il faut aller chercher le médecin ! — Si vous voulez payer les visites et les médicaments ? — Mais alors rendez l'enfant ! — Il me faudrait 20 ou 30 fr. pour faire le voyage et je ne les ai pas. »

Et la loi de protection se retire impuissante.

Cependant, si elle est représentée par le médecin-inspecteur — et elle ne l'est guère que par lui — il fera généralement le sacrifice de son temps, en visitant l'abandonné et de son argent, en fournissant les médicaments indispensables. Mais voilà un dévouement qui peut devenir onéreux pour le médecin et qui ne devrait pas être nécessaire dans une société bien organisée : car les nécessités sociales doivent être supportées par tous et non par quelques-uns seulement. Je crois que la loi de protection avait mieux à faire que de dépenser beaucoup d'argent en *paperasseries* ou au profit de *parasites bureaucratiques*. Elle devrait garantir la pension de l'enfant en nourrice et les frais de traitement médical. Nos législateurs n'ont pas vu la question par ce côté, qui est le côté vraiment *pratique et utilitaire*, et ils ont trop à faire pour revenir de sitôt sur cette

(1) Nous conseillons à M. le Dr Simon de suivre, quand la situation de fortune des parents le permet, l'excellente pratique de réclamer qu'on lui demande la nourrice, accompagnée de son enfant, quinze jours avant l'accouchement. De cette façon, on voit la nourrice, on l'étudie, elle allaite son enfant et ne le renvoie que quinze jours ou un mois après la délivrance. Le lait suffit aux deux enfants, au grand avantage du nouveau-né et de l'enfant de la nourrice.

question chétive? Eh bien! c'est à nous, médecins, de remédier à cette erreur, de combler cette lacune. Nous le pouvons : c'est ce que je vais essayer de prouver.

D'abord le bureau de placement est une immoralité, ou, ce qui revient au même, favorise une immoralité : l'abandon indirect, honteux des enfants. Il faut essayer de le faire disparaître en lui enlevant sa raison d'être. Pour cela, le médecin de la famille du nourrisson se mettra en relations avec le médecin du pays aux nourrices; celui-ci fera le choix suivant les indications, et ensuite, se chargera de la surveillance et des soins médicaux pendant la nourriture. Mais, pour obtenir un résultat complet, il faudra que le médecin de campagne soit investi d'une autorité pleine et entière; qu'il soit le délégué de la famille; qu'il puisse changer au besoin l'enfant de nourrice, le cas échéant. C'est ainsi, du reste, que les choses se passent pour *les enfants-assistés*. Mais le médecin qui aura cette mission devra, comme conséquence, répondre personnellement de la pension due à la nourrice. Lui, pour sa garantie, exigera que le paiement de chaque mois soit fait à l'avance entre ses mains ; il aura aussi droit à un abonnement fixe mensuel ou annuel, pour les soins médicaux et la surveillance spéciale. Et, comme malgré ces précautions, il pourra se produire des cas d'abandon qui lui seront à charge, il prélèvera sur le prix des mois deux ou trois francs pour parer aux éventualités : ce serait la prime d'assurance des nourrices. Par ce moyen, on évitera les pertes d'argent importantes; car le médecin fera reconduire à ses parents, ou à l'hospice des assistés, l'enfant dont les mois cesseront d'être payés. Grâce à cette précaution, les parents seront plus exacts ; et, en tout cas, les enfants seront soustraits aux inconvénients de l'abandon. Les nourrices auront la garantie de leur salaire. Enfin, le médecin pourra, en se donnant de la peine et du souci, gagner sa vie ; il aura la satisfaction, en faisant le bien, de grandir son importance et de sauvegarder ses intérêts.

Médecin d'un service important d'enfants assistés et d'inspection des enfants du premier âge, je suis dans d'excellentes conditions pour tenter l'expérience que je propose pour les nourrices sur lieu, et les nourrices à la campagne; et, dès maintenant, je me mets à la disposition de mes confrères, qui apprécieront mes idées; avec ceux qui auraient des objections à soulever, je suis prêt à continuer cette étude que je ne fais que résumer rapidement. J'espère que nombre de confrères voudront bien donner leur attention à ces questions, qui sont d'une trop haute importance à tous points de vue pour qu'on les dédaigne. Dr Simon.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Diabète et traumatisme.

Un des travaux les plus intéressants qui aient paru dans l'Encyclopédie internationale de chirurgie (1), est certainement l'étude que M. le professeur Verneuil a consacrée aux rapports du *Traumatisme et des états généraux*. On sait, en effet, avec quel soin M. Verneuil s'applique depuis longtemps déjà à noter et à faire connaître l'influence réciproque des états constitutionnels et du traumatisme, question qui intéresse au plus haut point le praticien. Or, de toutes les maladies générales dans lesquelles le traumatisme est à redouter (alcoolisme, syphilis, etc), le diabète sucré est une des plus fréquentes et aussi une de celles qui peuvent faire naître, dans l'esprit du médecin, la plus cruelle perplexité. Il est donc fort utile de connaître, à ce sujet, les conclusions d'un maître aussi autorisé que M. Verneuil.

« Tout le monde, dit cet auteur, est d'accord sur la marche mauvaise des plaies et sur la gravité des opérations chez les diabétiques. Le travail réparateur est souvent nul, pour le moins très lent, traversé d'ordinaire par des accidents nombreux.

Dans les plaies ouvertes, on observe les hémorrhagies primitives en nappe, difficiles à arrêter, puis les hémorrhagies secondaires ; dans les plaies contuses, le phlegmon diffus, le phlegmon bronzé, le sphacèle étendu. Des blessures insignifiantes, piqûres, écorchures, s'enflamment, provoquent des lymphangites, des érysipèles, des phlegmons qui se compliquent aussitôt de gangrène en masse ou en plaques isolées, dont on arrête très difficilement les progrès. De petites opérations, suivies de réunion immédiate, ont présenté souvent de pareilles complications. La pression, même modérée, d'un appareil a produit la mortification circonscrite de la peau.

Les blessures sous-cutanées sont moins graves, mais les fractures se consolident très difficilement. Les phlegmons et la gaugrène diabétiques marchent parfois avec lenteur et sans provoquer de symptômes généraux très violents ni très graves, mais ils n'en finissent pas moins, dans la majorité des cas, par entraîner la mort, surtout chez les sujets âgés et dont les organes internes sont en mauvais état, et si une thérapeutiqee appropriée n'intervient pas à temps.

Le traumatisme portant sur la région du bulbe rachidien, directement ou indirectement, peut, comme chacun sait, engendrer une glycosurie qui d'ordinaire, est de peu de durée et guérit spontanément.

Les blessures atteignant un diabétique aggravent le plus souvent son état. La glycose qui avait

(1) Paris, J.-B. Baillière, V. *Conc. méd.* no 11.

disparu se montre de nouveau, ou devient plus abondante. Ceci s'observe surtout chez des opérés reconnus glycosuriques avant l'opération, et chez lesquels on s'était efforcé de faire disparaître le sucre urinaire. Cette recrudescence de la maladie peut être temporaire, mais aussi devenir grave, et hâter l'évolution et la terminaison naturelle de la glycémie.

Les diabétiques peuvent guérir, mais ils peuvent mourir de plusieurs façons : d'abord de complications inflammatoires septicémiques nées dans le foyer de la blessure, puis d'accidents du côté du cerveau, du cœur ou du poumon, enfin, ils peuvent s'éteindre rapidement dans une sorte d'adynamie, sans qu'on puisse invoquer d'accidents locaux ni généraux enettment caractérisés.

Ce pronostic est d'autant plus grave que les blessures ou les opérations sont plus sérieuses, que la quantité de sucre est plus grande, et que le diabète s'accompagne de lésions viscérales plus avancées.

La distinction établie par les modernes entre la glycosurie et le diabète est admissible dans une certaine limite, mais il ne faudrait pas trop s'y fier et considérer comme bénignes les blessures chez les gens qui rendent peu de sucre. C'est bien à tort également qu'on a considéré comme favorable la substitution de l'albumine au sucre chez certains diabétiques.

Sauf les cas d'urgence, on ne devra jamais opérer un glycosurique, sans avoir, autant que possible, fait disparaître le sucre des urines.

Alcoolo-diabète. — Bien qu'elle n'ait pas encore été signalée, l'association de l'alcoolisme et et du diabète ne doit pas être rare, étant donnée d'une part la polydipsie naturelle chez les diabétiques, et de l'autre le conseil qu'on donne à ces malades d'ingérer des boissons stimulantes.

Chacune des intoxications par l'alcool et par le sucre déterminant au foyer traumatique des accidents tout à fait comparables, inflammations diffuses, érysipèle, gangrène, il n'est pas surprenant de voir des complications redoutables et rapides suivre chez les alcoolo-diabétiques des blessures très peu graves au début. C'est ainsi que j'ai vu une piqûre, une contusion, amener un sphacèle très étendu, puis un cathétérisme provoquer une néphrite double bientôt mortelle.

Tandis que l'autopsie est assez négative chez des diabétiques simples, dans les cas que j'ai vus on a constaté des lésions viscérales graves : cirrhose, périnéphrite ancienne, néphrite double, conséquences très probables de l'alcoolisme et qui, à elles seules, sans le concours du diabète, auraient pu entraîner la terminaison fatale.

De plus nombreuses observations permettront d'étudier cette intéressante variété d'hybridité morbide. »

*
* *

Hygiène de l'enfance et Sevrage.

Jus u'à six mois, dit M. J. Simon, donnez du lait, à l'enfant.

A six mois, si rien ne s'y oppose, vous pourrez associer au lait, une fois d'abord, puis deux fois par jour, une panade de biscote de Bruxelles ou une bouillie bien cuite à feu doux, pendant un quart d'heure, et composée de lait coupé, sucré, un peu salé et additionné de farine de froment.

Lorsque l'enfant aura un an, le lait devra encore faire la base de son alimentation. Mais il prendra de plus chaque jour un œuf, des bouillons de poulet, puis des potages gras ou maigres au tapioca, au sagou ou au pain. Plus tard, on tentera d'ajouter de temps en temps à ce régime, du poisson, des gelées de viande, du jus de bœuf ou de volaille.

De 14 à 15 mois, l'enfant ayant d'ordinaire 10 à 12 dents, M. Jules Simon est d'avis qu'il peut se nourrir de viande hachées, pilées, râpées, et qu'il peut sucer des parcelles d'aliments solides. En fait de légumes, il n'autorise que les purées féculentes et interdit formellement les légumes verts et les fruits; par contre, on peut, à l'heure des principaux repas, lui accorder de l'eau faiblement rougie, sucrée et, au besoin, si la digestion paraît laborieuse, ajouter un peu d'eau alcaline à l'eau ordinaire.

M. Jules Simon conseille de ne sevrer l'enfant de sa nourrice que vers l'âge de 15 ou 16 mois, mais il n'entend pas par là qu'il faille le priver de lait; au contraire, il recommande de lui donner des tasses ou des biberons de bon lait de vache concurremment avec les aliments cités plus haut.

Dans les cas où la nourrice continue à garder l'enfant sevré, on rencontre quelque difficulté à faire renoncer celui-ci aux tétées. M. Jules Simon préconise le petit moyen suivant: *couvrez, dit-il,* le mamelon de la nourrice d'extrait de gentiane délayé, et vous ne tarderez pas à voir l'intelligence encore endormie de l'enfant saisir à merveille cet argument facile, mais sans réplique.

A deux ans, la dentition temporaire de l'enfant est terminée ou sur le point de s'achever. M. Jules Simon conseille alors de prescrire des substances de plus en plus nutritives. L'enfant, dit-il, fera quatre petits repas par jour: le matin, un premier déjeuner composé de bouillie ou de soupe ; vers onze heures, un second déjeuner comprenant un potage, un œuf, un peu de viande en purée ou un plat sucré; à trois heures, un goûter de lait ou d'eau rougie avec un biscuit; enfin, le soir, à six ou sept heures, un potage gras ou maigre.

M. Jules Simon recommande d'incorporer le lait à ces divers aliments, parce qu'il repose à merveille l'estomac, parfois surmené par la mauvaise inspiration des nourrices et des parents. M. Jules Simon est ennemi déclaré des gâteaux et des friandises et il les prohibe absolument, parce qu'ils diminuent l'appétit et déterminent des gastralgies et des dyspepsies.

*
* *

De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne avec relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus.

Les accoucheurs entendent par présentation de

l'extrémité pelvienne décomplétée, (par opposition à la présentation du siège complète avec pelotonnement des membres pelviens autour de l'extrémité pelvienne dans l'attitude habituelle), celle dans laquelle les membres pelviens ne sont pas dans cette attitude. Ces présentations du siège décomplètées peuvent se présenter sous plusieurs variétés ou modes différents : les cuisses allongées au-dessous du bassin et les jambes fléchies sur les cuisses (mode des genoux); les jambes et les cuisses étendues et les pieds descendant les premiers (mode des pieds); enfin les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes étendues sur les cuisses et relevées au devant de la poitrine (mode des fesses). C'est à l'étude de cette dernière, celle qui donne lieu le plus souvent à la nécessité d'une intervention, que M. le docteur Adolphe Olivier, ancien interne de la Maternité de Paris, a consacré, d'après les conseils de son maître, M. Tarnier, une excellente thèse.

Des expériences et des observations réunies dans ce travail, l'auteur déduit les conclusions suivantes, qui nous paraissent résumer le mieux possible les réponses à faire à la question qu'il s'était posée en l'entreprenant : quelle est la conduite à tenir dans les présentations de l'extrémité pelvienne avec relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus (mode des fesses)?

Cette conduite doit être étudiée pendant la grossesse et pendant le travail.

Pendant la grossesse, il faut distinguer deux cas : le siège est engagé, il ne l'est pas.

Lorsque le siège est engagé, il ne faut pas intervenir.

Lorsque le siège n'est pas engagé, il faut essayer de faire la version par manœuvres externes, et, si on réussit, appliquer la ceinture eutocique de M. Pinard, qu'on laissera jusqu'au moment du travail.

La version par manœuvres externes devra être tentée de préférence dans les premiers jours du neuvième mois.

Pendant le travail, il faut distinguer trois cas : le siège est au détroit supérieur; il est plus ou moins profondément engagé ou au détroit inférieur; il est à la vulve.

Lorsque le siège est au détroit supérieur, si l'on arrive avant la rupture des membranes, quand la dilatation sera complète, on rompra la poche des eaux, on abaissera un pied et on attendra; s'il survient une procidence du cordon, s'il est comprimé; si, au bout d'un certain temps, le siège ne s'engage pas, on fera l'extraction. Si les membranes sont rompues et qu'il faille intervenir, on essaiera d'abord d'abaisser un pied; si on réussit, on fera l'extraction; si on ne réussit pas, on appliquera le forceps; s'il glisse, on fera l'extraction au moyen d'un lacs porté sur l'aine antérieure.

« Le forceps doit être appliqué, autant que possible, sur les membres et non sur le bassin. »

Cette dernière proposition est particulièrement soulignée par M. Olivier, et cela pour plusieurs raisons : d'abord parce que longtemps la pratique de l'application du forceps sur l'extrémité pelvienne a été condamnée et qu'assez près de nous, et peut-être aujourd'hui encore, les avis diffèrent à cet égard; en second lieu, parce que les objections qui avaient été faites à l'application du forceps sur l'extrémité pelvienne ont dû cesser devant les résultats des expériences et de l'observation, et surtout devant les perfectionnements apportés à la conformation et au mécanisme des forceps, qui en ont rendu l'application plus facile et beaucoup moins offensive pour les parties de l'enfant, notamment le nouveau forceps Tarnier à branche de traction transversale, dont la force de pression peut être calculée et modérée à volonté, ou bien encore le forceps de M. Trélat, spécial pour le siège.

Voici les préceptes que formule M. Olivier à cet égard :

« On essaiera tout d'abord de faire l'extraction au moyen du forceps; on choisira de préférence le forceps Tarnier, dernier modèle. On appliquera les cuillers sur les extrémités du diamètre bi-trochantérien en s'efforçant, si c'est possible, de saisir la racine des cuisses. Après avoir articulé, on vérifiera la situation des cuillers et on serrera fortement la vis de pression; puis on fixera le tracteur. On aura soin de tirer doucement d'abord et au moment de la contraction utérine, pendant qu'un aide appuiera sur le fond de l'utérus. Si le siège ne s'engage pas, on augmentera progressivement l'effort, mais sans secousse. Si le forceps glisse, on portera un lacs sur le pli de l'aine antérieure. Pour l'extraction, on tirera d'abord en bas et en avant; puis, lorsque le siège sera au détroit inférieur, presque directement en avant; puis, enfin, en avant et en haut lorsqu'il sera à la vulve. »

M. Olivier rejette complètement le crochet mousse, à cause des dangers qu'il fait courir à l'enfant.

Le siège est plus ou moins profondément engagé dans l'excavation ou au détroit inférieur; trois cas se présentent : positions antérieures, positions postérieures, positions transversales.

Dans les positions antérieures, on appliquera le forceps, en suivant les règles indiquées plus haut; s'il glisse, on le réappliquera; s'il glisse encore, on portera un lacs sur le pli de l'aine antérieure et on fera l'extraction.

Dans les positions postérieures, on appliquera le forceps; si, très exceptionnellement, il venait à glisser deux fois de suite, on aurait recours au lacs porté sur l'aine antérieure; mais, au moment des tractions, on emploierait la manœuvre complémentaire exposée plus haut.

Dans les positions transversales, on fera l'extraction au moyen du lacs porté sur l'aine antérieure. Une application de forceps pourrait réussir.

Lorsque l'enfant est mort et putréfié, si les moyens précédemment indiqués échouaient, on aurait recours, comme dernière ressource, au céphalotribe, au cranioclaste ou à tout autre instrument pouvant donner une bonne prise.

Le siège est à la vulve; on emploiera la méthode

préconisée par Ritgen pour le sommet, et, si on échouait, la méthode bi-rectale, que M. Olivier a employée deux fois avec succès, et qui consiste, la femme étant placée dans la position obstétricale, à introduire, au moment d'une contraction, l'index et le médius de la main droite dans l'anus de la mère, en même temps qu'on fait pénétrer la première phalange de l'index gauche dans l'anus de l'enfant. On refoule, avec les doigts appliqués à plat, la fesse postérieure, en avant et en haut, pendant que de l'index gauche on tire la fesse antérieure dans le même sens. Le plus souvent il suffit d'une seule contraction pour obtenir le résultat voulu. Il faut procéder à cette manœuvre avec une extrême douceur.

(*Gazette des hôpitaux*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

A P OPOS DE QUELQUES DIFFICULTÉS.

Dans tous nos départements, disions-nous dans un précédent article, des syndicats médicaux, existent ou sont en voie de formation. Le mouvement qui paraît actuellement entraîner le Corps médical dans cette voie devient de plus en plus irrésistible.

Partout on comprend que ces institutions sont destinées à rendre des services signalés.

Depuis le premier janvier, le *Concours* a, en effet, enregistré la naissance des syndicats de *Crécy-en-Brie*, du *Vexin*, de la *Vienne*, de *Valenciennes*, de *l'Oise*, de la partie suburbaine de l'arrondissement de *Bordeaux*, de *la Châtre* et enfin de *Corbeil*. Pour le premier trimestre de l'année, c'est, on le voit, une respectable collection et nous avions raison d'écrire récemment que le jour est proche où chacun de nos départements comptera au moins un *syndicat*.

Est-ce à dire que les initiateurs de ces œuvres de défense professionnelle trouvent partout le terrain couvert de roses? Ce serait une erreur, et celui qui se hasarderait dans cette voie, tête baissée et sans avoir prévu d'obstacles, serait exposé à des déceptions. Nous savons, par expérience, que les difficultes sont nombreuses, et la correspondance du *Concours* nous en signale fréquemment de nouvelles.

Mais, s'il est naturel de prévoir les difficultés suscitées par le public intéressé à nous en créer, il semblerait qu'on pût compter, en toute circonstance, sur la bonne volonté des confrères dont les intérêts souffrent également des prétentions et des exigences de certaines catégories de clients. Malheureusement, de ce côté aussi, souvent se dressent des obstacles, et ce ne sont pas les moins difficiles à vaincre.

Il y a quelque temps, un confrère invitait les médecins de son voisinage a donner leur adhésion à la société du *Concours* dont il leur exposait l'utilité et le but; il leur parlait aussi de la necessite de créer un syndicat dans la région. Mais ils sont tous riches, dit-il, et l'un, parce qu'il peut attendre indefiniment ses honoraires, l'autre parce qu'il tient à ménager ses électeurs, un troisième par un autre motif, n'ont pas répondu à son appel. Peu à peu ils se sont éloignés de lui. Des bruits malveillants, adroitement répandus, ont circulé dans le public. Notre confrère a été présenté comme un homme égoïste, cupide, voulant faire marcher à sa guise et exploiter les pauvres gens.

Le vide s'est fait autour de lui et il a été victime de son dévouement à la cause de tous.

Ailleurs, un confrère peu délicat, après avoir accepté les réglements d'un syndicat qu'il avait contribué à former, en présence de l'émotion causée dans la contrée par la création de cette institution jusqu'alors inconnue, a parcouru clandestinement la campagne, visitant sa clientèle et celle de ses voisins et disant partout : « Je ne « suis pour rien dans tout cela ; ne croyez point que je « m'en sois mêlé; c'est mon confrère X... et mon confrère « Y... qui ont tout fait : Pour moi rien n'est changé! » Et, naturellement, les colères se sont un instant reportées sur les confrères X... et Y... qui continuent fort heureusement à se bien porter et à jouir de la considération générale.

Mais, qu'est-ce donc? et que signifie une conduite aussi peu digne d'hommes bien élevés? Où ont-ils le cœur placé pour ne pas sentir que nous nous devons tous mutuellement des égards et, au besoin, un appui? Ce sont les restes d'une génération aux idées mesquines, aux sentiments vils et bas, qui, Dieu merci, tend chaque jour à disparaître et qui, grâce au *Concours*, sera remplacée par une génération ayant, à un haut degré, le sentiment des convenances et des devoirs professionnels. Nous avons la ferme conviction que bientôt on ne rencontrera plus, dans le Corps médical, qu'à de rares exceptions prés, ces tristes personnalités auxquelles nous faisons allusion et dont la conduite présente un singulier mélange de lâchetés et d'infamies.

Ailleurs, les difficultés sont d'un autre ordre. Dans nos grands ports militaires, à Brest, à Cherboug, à Toulon, par exemple, les médecins de la marine abondent et ils sont bien obligés, pour vivre honorablement, d'ajouter les produits de la clientèle civile aux appointements insuffisants qui leur sont attribués par l'Etat. Or, il est de règle, dans la marine, que les médecins en activité de service ne doivent pas poursuivre la rentrée des honoraires qui peuvent leur être dûs. Les infractions à cette règle, si elles étaient constatées, pourraient compromettre la situation du médecin qui en serait l'auteur.

Dès lors, nos confrères de la marine ne sauraient admettre un règlement dont les prescriptions, dans ce sens, seraient impératives.

Est-ce une raison suffisante pour les tenir éloignés des syndicats formés ou en formation dans les ports militaires? Nous ne le pensons pas. Il est facile, ce me semble, de trouver un terrain où l'entente la plus parfaite ne saurait manquer de s'établir. Les questions dont les syndicats ont à s'occuper sont assez nombreuses pour fournir un sujet d'études à tous nos confrères. Sans poursuivre judiciairement les clients récalcitrants, nos confrères de la marine, par suite de leur entente avec les médecins civils, verront les rentrées se faire plus régulièrement, ce qui ne sera point un avantage à dédaigner. D'un autre côté, l'appui moral que les médecins civils trouveront dans l'adhésion de leurs confrères de la marine ne saurait que tourner au profit du Corps médical tout entier.

Aussi nous ne saurions trop insister pour que, chacun

aidant, on arrive le plus tôt possible, dans les ports comme ailleurs, à constituer les syndicats actuellement à l'étude.

Ce que nous disons des médecins de la marine, nous pourrions également le dire des médecins de l'armée de terre. Eux aussi appartiennent à notre grande famille et, j'en suis certain, ce serait leur faire un grave injure que de douter de l'intérêt qu'ils portent à toutes les questions auxquelles l'avenir du Corps médical peut se rattacher. Le plus grand nombre d'entre eux, n'est-il pas, en effet, destiné à rentrer un peu plus tôt ou un peu plus tard, dans la vie commune? N'ont-ils pas, parmi les médecins civils, des amis dévoués, aux besoins des quels ils ne sauraient être indifférents?

Comme conclusion, nous inviterons nos confrères à pousser activement l'étude de la création de nouveaux syndicats. Pas d'illusions, mais pas de défaillances. Quelques obstacles qu'ils rencontrent, ils n'en trouveront point qui soient insurmontables. Les hésitants viendront un jour grossir leurs rangs, lorsque les syndicats auront fait preuve, à la fois, d'énergie et de modération.

Quant aux défections, quant aux calomnies, à quoi bon s'y arrêter? Nous savons bien qu'à tout il y a des exceptions. Mais qu'on se rassure: elles deviendront de moins en moins nombreuses et, dans tous les cas, elles ne sauraient être un obstacle sérieux au développement de l'œuvre. Une monstruosité n'a jamais détruit une loi de la nature.

Le Secrétaire de la Commission générale des Syndicats. AD. BARAT-DULAURIER,
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

NOUVELLES

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Le docteur Charles LIÉGEOIS, Lauréat des Facultés de Médecine de Nancy et de Paris, et de l'Aadémie de médecine, nous informe que l'Institut de France (Ac. des Sc.), dans sa séance du 19 février, vient de lui accorder au Concours Lallemand, de 1882, destiné à recompenser les meilleurs travaux relatifs au système nerveux, sa première mention honorable pour son travail intitulé :

La névropathologie du cœur et de l'appareil respiratoire.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE PARIS. — Le doyen de la Faculté de médecine a fourni les détails suivants : Au 16 octobre 1882, le nombre des étudiants en médecine ayant fait acte de scolarité dans le cours de l'année 1881-1882 était de 4, 209. Il faut ajouter à ce chiffre 388 étudiants qui ont pris leurs première inscription au mois de novembre dernier, les attardés qui reviennent quelquefois aux études médicales après sept à huit années d'interruption ; les étrangers au nombre de 50, et les femmes au nombre de 39; ce dernier chiffre est en diminution de 13 sur celui de l'année dernière. Cette année, 6,076 examens ont eu lieu à la Faculté de médecine; la proportion des étudiants refusés dépasse le quart sans atteindre le tiers.

LES FEMMES ÉTUDIANTES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nous empruntons les faits suivants à un rapport que M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vient d'adresser au vice-recteur :

Le nombre des femmes qui ont suivi les cours de la Faculté de médecine en qualité d'étudiants régulièrement inscrits, c'est-à-dire après avoir produit les deux diplômes obligatoires du baccalauréat ès-lettres et du baccalauréat ès-sciences, ou tout au moins, lorsqu'elles appartiennent à une nationalité étrangère, des certificats d'études reconnus équivalents, a été, pendant l'année scolaire 1881-1882, de 39, (Il était de 52, l'année précédente), savoir :

Françaises, 10; Anglaises, 11; Américaines, 5; Russes, 9; Hongroise, 1; Polonaise, 1; Roumaine, 1; Indienne, 1.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. Le 21 mars dernier, la plupart des médecins otologistes et laryngologistes de Paris se réunissaient à ceux de la province et à quelques médecins étrangers, pour fonder une Société sous le nom de « Société française d'otologie et de laryngologie. »

La première séance a été consacrée à la discussion des statuts de la Société. Le comité se compose de cinq membres résidants à Paris et de deux membres, dont l'un de province et l'autre de l'étranger. Ont été élus membres du comité : MM. Baratoux, Cadier, Gellé, Ménière et Moure, de Paris; Moure, de Bordeaux, pour la province, et Bayer, de Bruxelles, pour l'étranger.

Le secrétaire annuel et le trésorier-archiviste sont élus au sein du comité pour remplir ces fonctions pendant l'année 1883.

La Société d'otologie et de laryngologie se réunira trois fois par an, en deux séances ordinaires et une extraordinaire. Cette dernière, à laquelle assisteront spécialement les membres de la province et de l'étranger, aura lieu à l'époque des vacances de Pâques,

Le 22 mars, la Société a tenu sa première séance. Des nombreux travaux qui lui ont été communiqués, nous citerons une observation de M. Noquet, de Lille, sur un cas de syphilis héréditaire tardive, avec perte de substance du voile du palais et otite moyenne double, qui a donné lieu à une discussion assez vive au point de vue du diagnostic et du traitement. M. Moure, de Bordeaux, a communiqué un nouveau fait de laryngite sèche, et M. Koch, de Luxembourg, a présenté une observation intéressante de corps étranger situé au niveau de la bifurcation de la trachée.

Pour la prochaine réunion qui aura lieu au mois d'octobre, une lettre sera envoyée à chaque membre par le secrétaire annuel. Les personnes qui désireraient faire quelques communications à la Société sont priées de les adresser à M. Baratoux, 12, rue Condorcet, Paris. Signé: *Le secrétaire*, J. BARATOUX.

BIBLIOGRAPHIE

LIBRAIRIE A. DELAHAYE ET LECROSNIER.
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

Le rôle des mères dans les maladies des enfants, ou ce qu'elles doivent savoir pour seconder le médecin, par le docteur J. B. FONSSAGRIVES, 1 volume in-18, 3 fr. 50.

Formulaire des maladies des voies urinaires, par le docteur F. MALLEZ, 1 volume in-18, 3 fr. 50.

Traitement de la fièvre typhoïde, par le professeur S. JACCOUD, in-8, avec 12 figures dans le texte, 1 fr. 50.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
5 Mai. 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 18

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Péter* pense que, la grande discussion qui vient d'avoir lieu à propos de la fièvre typhoïde, n'a pas été stérile, car il en est sorti cet enseignement : que les médecins qui siègent à l'Académie ont rejeté, pour le traitement de cette affection, toutes les médications systématiques, aussi bien la médication par les bains froids que la médication par le sulfate de quinine à haute dose. La *médication traditionnelle*, la *médication suivant les indications* a, au contraire, triomphé. La grande majorité des médecins s'accorde donc à n'agir que suivant l'opportunité actuelle; à maintenir le typhoïdique dans des conditions d'hygiène favorables; à l'alimenter suivant ses aptitudes digestives; à combattre la fièvre dans ce qu'elle a d'excessif; à agir, en d'autres termes, comme on le fait pour une fièvre éruptive qui évolue régulièrement, en se réservant d'intervenir aussitôt qu'un péril surgit, qu'une complication devient redoutable. Ce qui revient à dire que, si nous ne possédons pas la médication *spécifique* de la fièvre typhoïde, nous possédons la médication *rationnelle* des typhoïdiques.

Résumant la part qu'il a prise dans le débat, l'orateur ajoute qu'avec les médications systématiques (méthode de Brand), il s'est surtout attaché à combattre la chimiâtrie et la doctrine des microbes, doctrine qui n'a pas encore trouvé un défenseur parmi les médecins de l'Académie.

Puis, passant en revue différents passages du *Bulletin de l'Académie* de 1881, M. Péter maintient que M. Pasteur s'est trompé, en annonçant la découverte d'une maladie nouvelle qui aurait pris sa source dans la salive recueillie sur un enfant mort de la rage, et que M. Vulpian a relevé cette erreur en annonçant que la salive de l'homme sain, inoculée au lapin, produisait sur lui les mêmes effets mortels que le mucus buccal (et non la salive, les cadavres n'ayant point de salive) recueilli sur des enfants morts de la rage ou d'autres maladies.

M. Péter consacre de longs développements à la critique de la méthode des inoculations en lui reprochant : 1° d'avoir causé des accidents, 2° de ne produire que des résultats éphémères, 3° de ne pouvoir, en conséquence, être applicable à la médecine humaine. Sur ce point, nous avons déjà eu l'occasion de dire que la méthode attaquée étant mise actuellement en pratique dans une très large mesure, nous ne tarderions pas à avoir des éléments d'appréciation au-dessus de toute contestation. S'il était prouvé, en effet, que, par suite des progrès dus à l'expérience, les inoculations sont absolument dépourvues de danger, nous ne voyons pas pourquoi on se refuserait à les pratiquer dans les cas où elles sembleraient devoir être utiles. Nous le répétons, c'est une question qui est à l'étude : elle est assez importante pour mériter qu'on lui accorde le temps de faire ses preuves. Nous laisserons donc de côté toute cette partie de l'argumentation de l'orateur, et nous examinerons plus volontiers, avec lui, si la virulence est propre au microbe, ou si c'est l'organisme, malade ou mort, qui la lui communique; en d'autres termes, si le microbe est la cause ou

l'effet de la virulence.

Dans un précédent Bulletin (n° 15), nous avons déjà indiqué que M. Pasteur reconnaissait que les microbes étaient répandus autour de l'homme et dans l'homme, « sans grand dommage, » et que le péril ne venait que « de l'encombrement, » « de l'affaiblissement, » etc. Or, dans un article très étendu du *Dictionnaire Encyclopédique*, M. Ch. Robin s'exprime en ces termes : « Nous voyons que, jusqu'à présent, dans l'observation des poussières, on n'est jamais encore tombé sur des *germes nocifs* ou *meurtriers*. On n'a trouvé, dans ceux de l'air qui ont été soumis à la culture, que des *inoffensifs* seulement. On n'a trouvé, cultivé et inoculé, en fait de cryptogames meurtriers, virulents ou autres, que ceux recueillis sur des malades ou des cadavres dans lesquels l'action pathogénique antécédente et la mort ont été supposées dues à ces cryptogames parasitaires. On est, par suite, obligé de croire que ces levures ou ferments, entrés inoffensifs, sortiraient meurtriers, virulents, etc., de l'organisme mort, ou encore vivant, mais malade, varioleux, cholérique, etc. Ce ne pourrait être ici qu'en raison de leur imbibition, molécule à molécule, ou pénétration nutritive, par de la substance même de l'animal devenue virulente, laquelle assimilée par les cryptogames inoffensifs avant, conserverait en eux *sa virulence*, la communiquerait même à la leur, pendant et après chaque culture successive. Le cryptogame, entré en tant que *levure* ou *ferment* inoffensif, en sortirait doué de propriétés *virulentes* rubéolique, variolique, infectieuse, cholérique, vénérienne, syphilitique, c'est-à-dire en sortirait *ferment* ou *levure* virulent infectieux. »

L'article de M. Robin est de 1882 ; mais dès 1873, dans une note communiquée à l'Académie de médecine, M. Onimus a montré que du sang venant des individus atteints des affections dites *fièvres typhoïdes* chez l'homme, le porc, le cheval, soumis à la dyalise, donne en quelques heures un liquide rendu lactescent par les bactéries qui s'y développent et qui ne diffèrent pas de celles du sang dont elles ne sont séparées que par le papier dialyseur. Or, injectées sur les lapins, elles restent inoffensives alors que le sang qui a fourni l'eau et les composés dialysables où elles se sont formées reste infectieux. Il en conclut que ce ne sont pas les bactéries qui sont virulentes, mais le plasma sanguin en entier, altéré de telle ou telle manière.

Si maintenant on fait entrer en ligne de compte les théories contraires à celles de M. Pasteur, que M. Béchamp vient de réunir en un corps de doctrine dans son nouveau livre sur « *Les Microzymas*, » on verra que les savants ne sont pas encore près de s'entendre sur le rôle des microbes en pathologie, et qu'ils auraient peut-être plus de difficultés à le faire que les médecins n'en ont à s'accorder, de leur côté, sur le traitement de la fièvre typhoïde.

M. *Bouley* déclare qu'il est de plus en plus étonné de voir un homme, comme M. Péter, rester obstinément réfractaire à une idée aussi grande et aussi féconde que celle de la nouvelle vaccination, de le voir en réserver l'application à la médecine vétérinaire, comme si celle-ci était si différente de la médecine humaine ! M. Bouley proclame l'égalité de l'homme et des animaux devant l'anatomie, la physiologie et la pathologie. « L'homme, en raison du développement supérieur de son système nerveux et de son intelligence, exprime ce qu'il éprouve, dans ses différents états pathologiques, d'une manière plus accusée que ne le fait l'animal et avec un caractère propre à la personnalité humaine : voilà ce qui donne à la médecine humaine son caractère distinctif de celle des bêtes. » M. Bouley oublie un point important dans sa comparaison, c'est qu'à tort ou à raison, à raison suivant nous, la vie d'un homme est considérée comme infiniment plus respectable que celle d'un animal ; c'est que, s'il est permis, quoi qu'en disent certaines personnes, de faire des expériences sur les animaux, quand ces expériences ont une utilité réelle, ce qui est ici le cas, il n'en saurait être de même à l'égard de l'homme. On peut donc appliquer, en médecine vétérinaire, des méthodes qui n'ont point fait leurs preuves et précisément pour les mettre à l'essai ; mais les mêmes méthodes ne pourraient légitimement passer dans la médecine humaine que s'il était parfaitement établi qu'elles sont, non seulement utiles, mais surtout inoffensives.

Nous croyons donc, avec M. Bouley, que nous devons nous efforcer « de faire bénéficier la médecine de l'homme de toutes les conquêtes de la science, » mais nous maintenons aussi, avec M. Jaccoud, que nous devons « rester médecins, » c'est-à-dire bien nous pénétrer du respect que nous sommes tenus d'avoir pour la vie de notre semblable.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE SUR LES MALADIES DU TESTICULE, LEUR DIAGNOSTIC ET LEUR TRAITEMENT.

(*Suite et fin*).

Dans les deux premières parties de ce travail, nous avons longuement fait l'étude des tumeurs liquides de l'appareil testiculaire; il nous reste à passer en revue les affections caractérisées par une augmenta tion de volume des parties solides de l'appareil, cas dans lesquels on pourra retrouver des épanchements liquides, mais alors avec des caractères d'importance tout à fait secondaire. Il serait facile d'entreprendre, sous le nom de diagnostic différentiel, de longs parallèles entre les nombreuses maladies que nous avons à passer en revue; mais cette méthode nous semble ici fastidieuse, et ces diagnostics d'exclusion nous paraissent, dans les affections du testicule, comme dans beaucoup d'autres, des procédés misérables que tout praticien connaissant sa clinique doit repousser. Le diagnostic dans beaucoup de cas, doit être fait d'autorité. On doit affirmer telle ou telle affection, telle ou telle tumeur, parce qu'on en reconnaît les signes positifs; c'est cela et ce ne peut être chose. On doit s'efforcer de trouver, pour chaque cas, un ensemble de signes de valeur première, de *clous*, si l'on admet cette expression un peu triviale, et sur ces signes bien contastés doit se poser le diagnostic.

§ 1. — Dans un premier groupe naturel et clinique, nous rangeons les maladies de l'appareil séminal qui sont caractérisées par une augmentation de volume totale ou partielle, (testicule ou épididyme), les douleurs vives avec irradiations lombaires ou crurales; de la fièvre parfois très intense; en somme ce sont les affections inflammatoires aiguës, les *orchites* ou les *épididymites*. Ces deux termes, indifféremment employés dans les auteurs, doivent pourtant marquer à l'esprit un fait important, au point de vue étiologique et symptomatique.

Dans certains cas, le gonflement commence par le testicule; dans d'autres, par l'épididyme; les phénomènes peuvent se localiser au premier organe, ou passer au second. Les caractères cliniques de l'examen sont différents, suivant la prédominance des lésions dans tel ou tel segment; nous ne pouvons y insister.

Le traumatisme, les contusions, les coups amènent un gonflement du testicule lui-même, (orchite traumatique). La glande séminale est également primitivement atteinte dans les orchites qui succèdent aux *oreillons*, à la *variole*, à la *fièvre typhoïde*, au *rhumatisme*, à la *masturbation*. La coexistence de ces diverses affections permettra d'interpréter l'origine de l'orchite, qui n'est pas toujours d'un pronostic bénin. Les expériences pratiquées en 1881 par MM. Terrillon et Monod, sur la contusion du testicule, ont montré la fréquence de l'atrophie à la suite de l'orchite traumatique. M. Poncet, et M. Th. Anger, (1) en ont rapporté plusieurs observations remarquables par la rapidité de la dégénérescence. L'orchite des oreillons paraît aussi fréquemment suivie d'atrophie.

Dans d'autres cas, l'épididyme est primitivement atteint; il est dur, gros, régulier; le cordon est douloureux, et le sujet est ou a été atteint, peu avant, d'une uréthrite blennorrhagique; c'est l'épididymite blennorrhagique vulgaire qui évoluera simplement, si le malade se soumet au repos; mais qui peut envahir le testicule, qui se tuméfie et devient très douloureux, bridé par la tunique albuginée.

L'irritation de l'urèthre par le cathétérisme, peut aussi donner lieu à une *épididymite* analogue à celle de la blennorrhagie.

L'orchite blennorrhagique peut guérir totalement, mais, le plus souvent, elle laisse, au niveau de la queue de l'épididyme, une petite induration qui est la signature de son passage et qui persiste toute la vie; souvent, à ce niveau, le canal épididymaire est oblitéré, d'où la stérilité du testicule du même côté.

Nous devons insister sur deux formes d'orchite aiguë très bien connues maintenant: l'orchite tuberculeuse et l'orchite syphilitique.

Un sujet jeune, quelquefois un enfant de six à dix ans (nous en possédons trois observations), est pris de douleurs avec gonflement des bourses; après trois ou quatre jours, l'état inflammatoire décroît, et on trouve l'épididyme dur, bosselé; quelquefois la prostate et les vésicules séminales, dont il faut toujours pratiquer un examen minutieux, présentent des points durs et douloureux; parfois il y a eu des hématuries; presque toujours il existe un peu de vaginalite; c'est *l'épididymite tuberculeuse aiguë*. Les poumons peuvent être encore sains, le malade peut être pris au milieu d'une bonne santé, les caractères seuls de l'affection permettent de la reconnaître.

Quelquefois, il est difficile de se décider si on ne tient pas compte, avant tout, des caractères physiques. Nous avons observé un malade de trente-trois ans, manifestement tuberculeux; il était entré à l'hôpital pour une orchite double dans le courant d'une blennorrhagie. Du coté droit, on trouvait tous les caractères de l'orchite blennorrhagique; du côté gauche, l'épididyme également enflammé, était bourré de noyaux tuberculeux. On sait que ces orchites tuberculeuses peuvent se terminer par résolution, et aussi, bien plus souvent, par suppuration et formation d'abcès successifs.

Après avoir dit que la vérole se dépose à froid dans le testicule, Ricord entrevit l'existence d'une forme d'orchite aiguë laissant des reliquats

(1) Soc. Chirurgie, 18 et 23 mars 1881.

et qu'il rattacha à la syphilis. Dron, en 1863, (1) Balme, élève du professeur Fournier, en 1876, (2) ont fait une étude complète de cette affection. Se montrant dans la période des accidents secondaires, elle est caractérisée par des phénomènes inflammatoires aigus, mais très fugaces; des dépôts plastiques entourent l'épididyme et le rendent indistinct, quelquefois il semble bourré par des noyaux élastiques durs, qui n'ont jamais la netteté des noyaux tuberculeux.

§ II. — Nous abordons la partie la plus difficile de notre étude: les tumeurs proprement dites du testicule, c'est-à-dire les affections à marche ordinairement lente, sans phénomènes inflammatoires au début; présentant parfois, dans leur marche, des complications phlegmasiques, altérant plus ou moins vite l'état général, pouvant même, suivant les cas, ulcérer la peau du scrotum et donner naissance à ces fongus, dont l'histoire a été si bien élucidée dans les travaux de M. Reclus (3). La plupart des lésions que nous allons voir étaient englobées, au commencement de ce siècle, sous la dénomination vague de sarcocèle; on en distingua bientôt de bénins et de malins; et maintenant encore, malgré les progrès immenses de l'Anatomie pathologique, il n'est pas toujours facile, en clinique, de donner à une tumeur un nom anatomique et de dépasser la distinction qui, d'ailleurs doit primer tout le reste, entre tumeur bénigne curable par des moyens appropriés, et tumeur maligne, justiciable seulement de la thérapeutique la plus rapide et la plus radicale. Les considérations portant sur l'âge des malades, la durée de la tumeur, son volume, sa croissance plus ou moins rapide, la façon dont se comporte l'état général du sujet sont donc de la plus haute importance. Elles y guideront et éclaireront l'examen local qui recherchera avec soin si la lésion occupe tout ou partie de l'organe, si le cordon est envahi, si la vaginale est pleine de liquide. On se rappellera toujours ce principe important, qu'une tumeur doit être considérée comme *maligne, si, en peu de temps, testicule et épididyme sont englobés par le néoplasme.*

Quoi qu'il en soit, nous allons successivement étudier les tumeurs non ulcérées et les tumeurs ulcérées ou fongus.

On reste convaincu, quand on lit les anciennes descriptions de l'orchite chronique, qu'il faut retrancher ce terme de la clinique et répartir équitablement ces cas mal connus entre les lésions tuberculeuses ou syphilitiques. L'épididyme présente surtout deux formes d'altérations à marche chronique. Quelques sujets conservent des vestiges d'épididymite uréthrale qui peuvent en imposer et faire croire au début d'un néoplasme. La facilité avec laquelle on peut suivre les contours de la queue de l'épididyme et sentir la dépression qui la sépare du testicule, sont le caractère important qui permettra de reconnaître cette lésion.

L'épididyme est le siège de prédilection des tubercules à marche essentiellement chronique, qui peuvent, ou bien se montrer d'emblée avec tous leurs caractères, ou bien être précédés d'attaques d'orchite tuberculeuse. Il n'est pas rare de trouver, dans les phénomènes prémonitoires de cette affection, des blennorrhées rebelles; quelquefois une légère dysurie, le passage de la sonde, au niveau du col vésical, réveille une douleur à laquelle Dolbeau attachait une grande valeur pronostique. L'épididyme est bosselé, noueux; souvent la lésion est bilatérale. Les sujets ont habituellement dépassé la quarantaine; souvent il existe un épanchement assez abondant dans la tunique vaginale; et, circonstance frappante, bon nombre d'hydrocèles doubles ne sont que le masque symptomatique de tuberculose chronique du testicule. La lésion peut rester stationnaire, mais, le plus souvent, il se fait, de temps à autre, de six mois à la deuxième ou troisième année après le début, des poussées aiguës qui se terminent par le ramollissement d'un noyau, un abcès et une petite fistule. D'un pronostic bénin dans les cas torpides, le sarcocèle tuberculeux est grave, si de nombreux abcès s'y succèdent, et transforment les bourses en une sorte d'éponge, d'où coulent le pus et les détritus tuberculeux.

Des noyaux distincts peuvent être formés dans l'épididyme par des *gommes syphilitiques* circonscrites, on les rencontre surtout dans la partie moyenne du testicule, au niveau du corps d'Hygmore, ou dans d'autres points de la glande: ce siège, et la notion d'autres accidents spécifiques conduiront sûrement au diagnostic.

Mais la syphilis produit dans le testicule d'autres lésions et à différents âges.

Quelquefois, surtout entre deux et quinze mois, on observe sur des enfants chétifs et malingres un gonflement lent, non inflammatoire, du testicule qui devient gros, dur comme une bille, quoiqu'indolent et qui, bientôt, rétrocède et s'atrophie. M. Hutinel (1), qui a reconnu le processus interstitiel des lésions, a nommé cette affection l'orchite syphilitique héréditaire infantile.

Il est utile d'insister d'une façon tout à fait spéciale sur la lésion classique désignée sous les noms multiples d'orchite interstitielle, de sarcocèle syphilitique. Pour quelques chirurgiens, le sarcocèle syphilitique offrait deux formes fondamentales, l'orchite interstitielle, fibroïde pour ainsi dire, et l'orchite gommeuse. Or, les recherches micrographiques de Malassez, de Brissaud, et d'un grand nombre d'autres auteurs, ont montré que la prolifération fibreuse atrophique a toujours pour point de départ la présence des gommes parfois microscopiques dans les travées fibreuses. L'élément gomme, qui n'est

(1) Dron. De l'épididymite syphilitique. in Archives générales de médecine. nov. 1863.
(2) Balme. De l'épididymite syphilitique. Th. Paris, 1876.
(3) Reclus. — Le tubercule du testicule et l'orchite tuberculeuse. Th. Paris, 1876.
Reclus. — La syphilis du testicule. Paris, 1882.

(1) Hutinel. Lésions syphilitiques des testicules chez les jeunes enfants. Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie, 1878, p. 107.

autre en somme, qu'un amas de petites cellules embryonnaires, entourant des cellules plus grandes, très analogue au testicule (Malassez), est donc la caractéristique anatomique; et, suivant sa plus ou moins grande abondance, il forme ou une infiltration, ou des amas plus ou moins considérables. La désignation aujourd'hui adoptée de *sarcocèle scléro-gommeuse* est donc la fidèle expression de la structure anatomique. Dans ces cas, les bourses sont volumineuses, leurs enveloppes sont épaissies et résistantes; le testicule est gros comme un gros œuf et un peu aplati latéralement comme un galet de silex roulé; sa dureté est cartilagineuse, mais sa surface présente de petites bosselures que l'on a comparées au relief de grains de plomb dont il serait bourré; l'épididyme est le plus souvent aplati en ruban sur la tumeur; le cordon, souvent intact, présente parfois, sur son trajet, des gonflements formant une sorte de chapelet. L'épanchement dans la tunique vaginale paraît assez fréquent, M. Gosselin en fait un caractère important pour le diagnostic (1). Ajoutons que les lésions sont souvent bilatérales et nous aurons encore un caractère clinique important.

Le sarcocèle scléro-gommeux peut rester stationnaire pendant de longues années, et, en vertu de la désorganisation progressive de l'élément producteur du sperme qu'il accomplit, le malade perd sa puissance génitale et subit, suivant l'heureuse expression du professeur Fournier, une sorte de castration sous-albuginée.

Le testicule tuberculeux et le testicule syphilitique peuvent, tous les deux, subir des poussées inflammatoires qui amènent le ramollissement de foyers gommeux ou tuberculeux, et la formation d'abcès qui s'ouvrent au dehors. Ces abcès peuvent, après avoir suppuré, se fermer ou bien, si le sujet ne se soigne pas, se fatigue, on voit s'établir des lésions ulcéreuses connues sous le nom de fongus.

Le fongus tuberculeux peut revêtir trois formes à la fois anatomiques et cliniques. Quelquefois, plusieurs orifices d'abcès se rejoignent, la paroi du scrotum se décolle et l'albuginée se trouve mise à nu. Cette membrane se couvre alors de végétations à marche lente, non hémorrhagiques; ces productions peuvent guérir seules ou bien se tuberculiser à leur tour et suppurer; c'est le *fongus par hernie.*

D'autres fois, un abcès tuberculeux, formé dans le testicule lui-même, se vide, les tubes séminifères font hernie, sous forme d'une tumeur plus ou moins grave, d'un rose jaunâtre; si on saisit un point quelconque de cette tumeur avec une pince, on défile un tube séminifère; c'est la variété de fongus connue sous le nom de *fongus expulsif.*

D'autres fois encore, on a un fongus rose, framboisé, formé par des bourgeons charnus qui naissent de la face interne de l'albuginée, après évacuation d'un abcès. Cette forme, comparée à celle qui détruit les tubes seminifères, était nommée autrefois *fongus bénin.*

(1) Gosselin, in France Médicale, 1875.

Les diverses variétés de fongus syphilitique répondent bien à celles du fongus tuberculeux. La gomme suppurée qui lui donne naissance peut être superficielle, appartenir même aux enveloppes des bourses, de telle sorte que la tunique albuginée mise à nu, vient faire hernie à travers une peau infiltrée, rouge vineuse, et se couvre de bourgeons charnus, à mesure que sa surface jaunâtre se déterge; c'est le *fongus superficiel;* quelquefois il peut s'étendre à un tel point, que tout le testicule se trouve découvert et comme chassé des bourses; mais sous l'influence d'un traitement approprié, il peut aussi se recouvrir d'un tissu de cicatrice et rentrer à sa place.

La gomme profonde qui s'abcède forme toujours un foyer au bord antérieur du testicule, on en voit sortir d'abord une matière puriforme, mêlée de sérosité et de grumeaux caséeux, qui proviennent d'un dépôt jaune blanchâtre, qui occupe le fond de l'excavation. Bientôt on voit se former, à l'orifice, un bourgeonnement ayant l'aspect de masses de filasse jaunâtre, masses qui ne sont autre que des tubes seminifères mêlés à des débris de gommes qui s'éliminent peu à peu. C'est le fongus profond ou fongus malin de quelques auteurs.

§ III. — Il nous reste à dire quelques mots des tumeurs du testicule qui ont pour caractère commun la malignité, c'est-à-dire la progression rapide, l'altération profonde de l'organisme et la désorganisation primitive des tumeurs. Toutes ces tumeurs sont englobées sous la dénomination commune de cancer, mais elles présentent une structure des plus variables, et parfois des signes caractéristiques.

Une des plus intéressantes est, sans contredit, le *Lymphadénome* du testicule sur lequel le professeur Trélat a souvent attiré l'attention. Débutant toujours par un petit noyau dans le testicule même, il reste longtemps stationnaire, puis il prend tout à coup, en quelques jours, un accroissement considérable, tellement que des points de la tumeur peuvent être frappés de sphacèle, d'où un suintement de liquide ichoreux et des hémorrhagies fréquentes comme on l'a signalé (1). Quand il ne prend pas cette marche rapide, le lymphadénome forme une tumeur résistante, souvent double, uniformément résistante, sans ces plaques de blindage que l'on trouve dans le sarcocèle scléro-gommeux; enfin, signe très important, le malade offre souvent une petite tumeur de même nature en un autre point du corps.

On a décrit, sous le nom de maladie kystique du testicule, une tumeur présentant le volume d'un gros œuf, à croissance rapide, caractérisée par une surface bosselée, présentant des parties dures et des parties molles, disposition due à sa structure alvéolaire. Cette maladie est rare et nous ne nous y arrêterons pas.

Le myxôme, le sarcome et le cancer sont les trois formes anatomiques que l'on trouve le plus souvent dans les tumeurs malignes. Le sarcome

(1) Terrillon et Monod. Arch. de Méd. 1875.

s'observe surtout dans l'adolescence et l'âge adulte, nous en possédons deux cas, à vingt-cinq et à quarante-trois ans; le cancer est l'apanage de l'adulte et du début de la vieillesse.

Dans tous ces cas, au début, on ne trouve qu'une petite masse dure, qui est douloureuse, s'accroît plus ou moins vite, mais d'une façon continue; souvent cet accroissement s'accompagne de douleurs vives; dans la grande majorité des cas, il y a une hydrocèle et une vaginalite symptomatiques. Le testicule et l'épididyme sont rapidement confondus et le cordon se tuméfie à son tour. Les sujets maigrissent rapidement et sentent leurs forces diminuer; enfin, s'ils sont maigres, on sent parfois un gonflement des ganglions pelviens. En présence de tous ces caractères, le diagnostic de cancer ou tumeur maligne, s'impose ordinairement au clinicien.

Nous n'avons point essayé de faire une description exacte de ces tumeurs cancéreuses, nous avons seulement donné leurs grands caractères, car dans la pratique on ne trouve jamais deux tumeurs se ressemblant absolument.

§ IV. — TRAITEMENT. — Les différentes affections que nous venons de passer en revue sont la source d'indications thérapeutiques des plus variées.

Les orchites simples, traumatiques, blennorrhagiques et autres sont justiciables de tous les moyens antiphlogistiques connus. Insistons tout spécialement sur l'utilité absolue du repos au lit, de l'élévation des bourses au moyen d'un coussin ou même d'une plaque de carton ou de bois échancrée et garnie de linge. Les irradiations douloureuses du côté du cordon seront avantageusement combattues au moyen de sangsues.

Si la vaginalite est considérable, on obtiendra un grand soulagement en évacuant le liquide qui distend la tunique vaginale. On a aussi proposé et pratiqué avec succès, dans des cas d'orchite franche très intense, des mouchetures de la tunique albuginée. Un malade qui est guéri d'une orchite aiguë doit toujours user, pendant longtemps, des plus grands ménagements et soutenir ses bourses avec un suspensoir.

L'orchite tuberculeuse aiguë réclame le même traitement antiphlogistique et peut ainsi se terminer par résolution. S'il se forme un ou plusieurs abcès, on les ouvrira plutôt que d'attendre qu'ils perforent la peau.

Si le sujet est bien portant, ou si l'état de ses poumons n'est pas très avancé; on admet actuellement qu'il est avantageux de pratiquer l'ablation du testicule malade; on enlève ainsi au sujet un organe qui est pour lui une cause d'affaiblissement, et qui peut être le point de départ d'autres lésions tuberculeuses. Il existe un grand nombre d'observations de sujets ayant ainsi subi une atteinte locale de tuberculose : ils ont guéri ou bien ont subi la castration, et jamais ils n'ont été repris.

Les tubercules chroniques sont le plus souvent justifiables du traitement général, toniques, huile de foie de morue. On a aussi employé avec succès les badigeonnages de teinture d'iode, la compression avec des bandelettes de diachylum. Quand ils se ramollissent, le professeur Verneuil conseille de les ouvrir avec le cautère actuel et de cautériser exactement toute la paroi du foyer. Tant qu'ils ne sont pas menaçants, surtout si le sujet est âgé, ces moyens suffisent; mais si, du fait de l'affaiblissement progressif, il survient des poussées inflammatoires répétées, si le sarcocèle tuberculeux se creuse de fistules et forme un fongus, le parti le plus sûr est l'ablation.

Les lésions syphilitiques du testicule sont justiciables du traitement spécial et demandent qu'il soit strictement appliqué. Le professeur Fournier conseille, quand la syphilis est ancienne, d'employer l'iodure de potassium seul, mais alors il faut, si l'on veut un sérieux et rapide résultat, porter rapidement la dose à 4, 5 et 6 grammes par jour. Quand la vérole est plus jeune, on peut, avec avantage, ajouter à l'iodure de potassium 5 à 10 centigrammes de proto-iodure de mercure par jour.

Il n'est pas de sarcocèle, de gomme suppurée, de fongus syphilitique qui résiste longtemps à un traitement bien fait et quand, au bout de douze à quinze jours, on n'a obtenu aucune amélioration d'une tumeur sur un sujet syphilitique, ou soupçonné tel, il faut y renoncer et modifier son diagnostic dans le sens de la malignité.

L'ablation du testicule est le seul traitement qui convienne aux tumeurs malignes et aussi à certaines lésions dont nous avons parlé plus haut. Quand est-elle indiquée? Nous croyons que, pour le testicule, plus encore que pour un autre organe, elle doit être faite le plus près possible du début des accidents. Le canal déférent est le chemin de la propagation : aussi son exploration attentive aidera à juger de la gravité du pronostic. S'il y a manifestement des ganglions dans la fosse iliaque, n'opérez pas : la contre-indication est formelle; en somme, opérez le plus tôt possible. Il vaut mieux même enlever une tumeur bénigne, dont le diagnostic est douteux, que de s'exposer à laisser croître une lésion plus tard incurable.

L'opération en elle-même est peu grave, surtout depuis l'emploi rigoureux des méthodes antiseptiques. Elle est simple d'exécution, nous n'y insisterons pas. Il est bon toutefois de lier les éléments du cordon très haut et d'attirer fortement au dehors le canal déférent afin de le réséquer le plus haut possible. On craignait beaucoup autrefois l'hémorrhagie du cordon et on fixait son extrémité au niveau de la plaie. Nous croyons cette précaution inutile. En ayant soin de dissocier, en deux, trois ou quatre segments, les éléments du cordon, et en liant séparément chacun d'eux au moyen d'un fil de catgut, on se met à l'abri de l'hémorrhagie secondaire.

BARETTE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE LÉGALE.

Très honoré directeur,

Dans un des numéros du *Concours médical*, le docteur Lécuyer propose de fonder un musée où seront inscrits les déboires, les ennuis qu'occasionne au praticien l'exercice de la *médecine légale*.

Un autre de vos derniers numéros renferme la mention de nouveaux spécimens à classer dans ce musée. Mais j'y trouve aussi suivant le passage d'une lettre du docteur Vauthier, de Vendœuvre :

« Quant à nous mettre en grève, c'est un mau-« vais moyen, dit notre confrère, que je ne re-« commanderais pas : une première fois, il y a « l'amende; mais les récidives entraîneraient la « prison, et cette perspective n'est pas gaie. »

Plusieurs fois déjà, j'ai vu cette crainte se manifester.

Serait-il donc vrai qu'un médecin ne peut décliner de remplir un mandat judiciaire? Serait-il vrai que le refus du médecin tomberait sous le coup de l'article 475, n° 12, du code pénal? Le législateur a-t-il en vue la punition du refus d'un concours matériel, ou a-t-il la prétention d'astreindre telle ou telle classe de citoyens à remplir telle ou telle corvée, d'obliger le médecin à constater ou à interpréter tel ou tel fait, à faire une autopsie sur ordre, à posséder même les instruments nécessaires? Peut-on forcer le praticien à s'occuper de recherches médico-légales, quand aucune loi ne peut obliger un maître d'écriture à vérifier une pièce fausse, un architecte, un mémoire?

A mon sens, personne au monde ne peut forcer un médecin à faire un rapport, ou une autopsie, si cela ne lui convient pas.

L'expertise ou la prison ! Cette alternative n'est pas logique.

Le *Concours médical* possède un conseil judiciaire.

Ce conseil peut faire cesser toute hésitation et nous fixer définitivement sur ce point de droit.

La question doit être absolument vidée.

Reste l'opportunité de la grève.

Sur ce point, je suis encore d'un avis opposé à celui de mon honorable confrère, le Dr Vauthier.

Je crois que les médecins feront bien de se mettre en grève, précisément parce que les parquets craignent cette coalition du corps médical.

Lors de la fondation d'un de ces « *petits syndicats* », dont on commence, malgré tout, à tenir compte, le procureur apprit que les médecins de son ressort, réunis en assemblée générale, devaient examiner la question de réforme du tarif de 1811.

Il avait eu vent que l'un des membres devait conseiller à ses confrères de refuser leur concours dans tout l'arrondissement. — Il écrivit une lettre au président de ce syndicat : « Je crois, écrit-il, « que la mesure qu'on doit vous proposer serait « inefficace et, qu'en outre, elle aurait des résul-« tats très fâcheux au point de vue de la répres-« sion des crimes et délits. Je pense qu'elle est « inefficace, étant limitée à l'arrondissement de X. « Certes, si cette abstention était pratiquée si-« multanément dans toute la France, ce serait un « moyen héroïque qui, nécessairement, appellerait « l'attention du législateur. »

Fas est doceri, je ne dirai pas : *ab hoste*.

Recevez, etc., Dr Boell (*de Baugé*).

RÉPONSE :

On pourrait se reporter au remarquable travail publié en 1882, dans le *Concours*, par le Dr Cauchy. D'ailleurs, la consultation ci-après répond explicitement à la question posée par M. le Dr Boell, et par le syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle.

DES RAPPORTS DES MÉDECINS AVEC LA JUSTICE ET SPÉCIALEMENT DU DROIT DE RÉQUISITION.

(Mémoire communiqué à la Société locale de la Gironde par M. Roy de Clotte, membre du Conseil judiciaire.)

Messieurs,

En 1866, le Comité Médical des Bouches-du-Rhône avait mis au concours la question suivante :

« Quels sont les devoirs professionnels des méde-« cins vis-à-vis de l'autorité, des confrères et du « public? »

En réponse à la question posée, M. le Dr Delfau, de Collioure, fit un excellent mémoire, qui fut couronné. Ce mémoire a été publié et est devenu une sorte de manuel de déontologie médicale toujours bon à consulter.

Et cependant, j'oserais presque dire que le concours est resté ouvert; les grandes questions d'intérêt professionnel sont plus que jamais à l'ordre du jour. Elles renaissent sous les formes les plus diverses au milieu des préoccupations de vos assemblées, et il semble parfois que l'objet en soit encore nouveau : c'est qu'un aussi grand sujet ne peut être épuisé; la généralité des solutions théoriques ne peut embrasser tous les incidents qui surgissent de l'infinie variété des faits.

Aussi bien avez-vous pris l'habitude de mêler à vos discussions l'étude des règles qui régissent l'exercice de la Médecine.

Le programme du Comité des Bouches-du-Rhône avait du reste largement tracé le cercle dans lequel ces règles peuvent se mouvoir. Il est exact de dire qu'un triple point de vue doit être envisagé :

1° Rapports des médecins entre eux;
2° Rapport des médecins avec le public;
3° Rapport des médecins avec l'autorité.

Vous comprenez, Messieurs, que je n'ai pas la prétention de vous apporter un travail d'ensemble sur une matière aussi étendue. Il faut restreindre l'espace et ménager le temps, et nous ne devons tou-

cher que quelques points particuliers sur lesquels d'utiles précisions peuvent être mises en relief.

En ce qui concerne les rapports des médecins entre eux, ils sont surtout déterminés par les traditions dont votre Association est la gardienne vigilante. La puissance de ces traditions n'est pas moins efficace que celle des lois; ou plutôt elles sont les lois libres qui conviennent à une carriere libérale. L'honneur professionnel, qui est leur principale sanction, constitue pour vous un patrimoine dont vous êtes justement fiers.

Les rapports des médecins avec le public peuvent être définis d'un mot: vous êtes indépendants, vous pouvez poser vos conditions,et votre concours ne peut jamais être exigé par contrainte. J'ai déjà eu l'occasion d'affirmer vos droits en traitant devant vous la question des honoraires. Je ne crains pas de proclamer encore votre indépendance, assuré qu'elle trouvera toujours un tempérament suffisant dans la générosité de vos cœurs et la délicatesse de vos consciences.

Mais êtes-vous aussi libres, ne relevez-vous aussi que de vous-mêmes en présence de l'autorité, c'est-à-dire en présence de l'État?

La question est complexe ; car la puissance publique comprend plusieurs Administrations qui peuvent solliciter votre concours.

Mais je dois me fixer une limite, et je ne veux vous entretenir aujourd'hui que des relations du médecin avec le pouvoir judiciaire.

A chaque instant la justice fait appel à vos lumières, et vous pouvez être invités à prononcer sur les plus graves questions qui intéressent la fortune, l'honneur et la vie des citoyens.

Votre intervention est la plus précieuse garantie que puissent rencontrer les justiciables. L'œuvre de la justice est enfin éclairée par la science. Nous nous étonnerions aujourd'hui qu'il pût en être autrement. Et pourtant en jetant les yeux en arrière, nous devons admirer les progrès accomplis.

A Rome, le médecin légiste, le croiriez-vous, c'était le peuple lui-même. Lorsqu'une mort était suspecte, le cadavre de la victime était exposé sur le Forum et la foule était admise à le contempler. Aussi s'était-il formé une sorte de doctrine populaire faite de sottes superstitions et de ridicules préjugés, qui était le contrôle facile à exploiter par ceux qui spéculaient sur la crédulité de l'opinion publique.

Sous Tibère, on vit ainsi exposer le corps du tribun Genucius trouvé subitement mort dans son lit au moment où il avait cité les consuls devant le peuple pour tenter d'obtenir des lois protectrices contre la violence et l'arbitraire. On persuada qu'il avait été victime de la colère des Dieux. De même encore, à la mort de Germanicus, et, en présence des soupçons accusateurs dirigés contre Pison, Tibère demanda que le corps de son fils fût dépouillé et exposé sur la place publique. Mais la popularité dont jouissait Germanicus ne permit pas de sauver Pison, qui fut condamné pour empoisonnement et dut se donner la mort pour échapper au supplice. Il est curieux de lire, dans les annales de Tacite, sur quels indices ce que l'on pourrait appeler la médecine légale populaire établit l'accusation : « On trouvait des squelettes et des ossements de morts déterrés, des « charmes et des imprécations sur les murs, le nom « de Germanicus gravé sur des lames de plomb, des « cendres toutes souillées de sang et plusieurs « autres sortilèges par où l'on croit que les âmes « sont consacrées aux dieux infernaux. »

Ce n'est que plus tard qu'on vit apparaître dans la législation romaine l'influence des enseignements de la science.

Au moyens âge, il fallut d'abord traverser une période d'obscurité et de confusion. Mais déjà, sous saint Louis et Philippe le Bel, l'expertise médicale reçut un commencement d'organisation. Sous Henri II et Henri III, Ambroise Paré et Pigray surent donner à la médecine légale une importance considérable. Enfin Henri IV eut l'idée d'instituer en France le service des médecins au rapport. Il donna des lettres à son premier médecin, par lesquelles il lui fut permis de nommer deux chirurgiens dans chaque ville et un dans chaque localité moins importante pour faire les rapports des blessés, tués, mutilés et autres, à l'exclusion de tous autres chirurgiens.

Après lui, les règlements et arrêts des 28 mars 1611 et 28 juillet 1671 perfectionnèrent le service des médecins et chirurgiens jurés. Mais le vice de cette institution était la vénalité des charges. En 1692 et 1693 ces offices furent supprimés et réunis aux communautés des chirurgiens et médecins des villes.

Sous l'empire de ces vieilles ordonnances, le concours des médecins était obligatoire, lorsqu'ils étaient requis. Les infractions étaient punies sévèrement et pouvaient même entraîner, pour les contrevenants, la déchéance de leur degré.

Quelle est exactement aujourd'hui la position du médecin vis-à-vis du juge?

Cette question paraît avoir provoqué de nombreuses confusions : les uns ont voulu subordonner le médecin au juge, d'autres ont voulu l'élever au-dessus des magistrats.

Il ne s'agit point d'établir une hiérarchie, mais uniquement de définir une mission.

« La position vis-à-vis du juge, dit Casper, est bien « simple; toutes les théories émises à ce sujet sont « erronées, surtout celles qui prétendent que le mé-« decin et le juge forment une espèce de *Connubium.* « dans lequel il serait difficile de déterminer la posi-« tion exacte des deux époux. »

Pour Casper, le médecin n'est qu'un témoin possédant des connaissances techniques, qui est entendu quand il est besoin, payé par l'État pour son travail et renvoyé ensuite poliment.

Par là, le célèbre médecin allemand paraît répondre indirectement au vieil adage : « *Medici proprié non sunt testes, sed est magis judicium quam testimonium.* »

Ainsi, vous le voyez, deux thèses principales sont en présence : le médecin n'est qu'un témoin : le médecin est en quelque sorte le juge lui-même.

Eh bien! aucune de ces thèses n'est absolument conforme à la réalité des choses.

Le médecin n'est pas un juge; car il ne rend pas une sentence; il émet seulement une opinion. Cette opinion peut être discutée et contredite : elle peut ne pas être suivie. Elle n'a d'autre autorité que celle que lui prête l'homme de l'art et d'autre force que celle de la persuasion.

Le médecin n'est pas non plus un témoin. Le témoin, en effet, fournit seulement la constatation matérielle du fait qu'il a vu ou des propos qu'il a entendus. Il n'a, en général, ni appréciation à porter, ni raisonnement à tenir. Il lui faut plus de mémoire que d'intelligence. Son rôle ne dépend pas essentiellement de ses aptitudes. C'est pour cela qu'il devient l'auxiliaire nécessaire de la justice; il n'a pas le droit de se dérober, parce qu'aucun autre ne peut dire à sa place ce qu'il sait. Son utilité est personnelle. Dans l'intérêt public le législateur peut, si le témoin ne répond pas à l'appel de la justice, le frapper de pénalités qui ne sauraient atteindre l'homme de l'art.

Pourquoi donc ne pas désigner les choses par leur nom! Le médecin, dans ses rapports avec la justice, n'est ni un juge, ni un témoin, mais un expert, c'est-

à-dire un homme formulant un avis et déduisant une démonstration dans la sphère de sa compétence.

Son œuvre, surtout intellectuelle, doit échapper à la contrainte. Comment, en effet, pourrait-on prétendre forcer une manifestation de l'intelligence?

Aussi le médecin requis de procéder à une expertise doit-il être seul juge de l'obligation morale qui lui incombe de fournir son concours. Comme le disait M. Félix Roubaud dans la *France Médicale*. « les « obligations inscrites dans notre conscience ne peu- « vent l'être dans la loi ; l'esprit échappe aux gen- « darmes, la pensée est au-dessus de toute réquisi- « tion. »

Il est cependant quelques circonstances particulières dans lesquelles votre indépendance peut recevoir un échec. C'est spécialement sur ces circonstances que je veux appeler votre attention, et ce sera là le côté vraiment pratique de l'étude rapide que nous faisons ensemble. Nous allons avoir à examiner un point de droit, et, comme cela arrive presque toujours, nous allons nous trouver en présence d'une controverse.

Après avoir déterminer les fonctions des procureurs de la République en cas de flagrant délit, le Code d'instruction criminelle, dans les articles 43 et 44, contient les dispositions suivantes:

Article 43. — « Le procureur de la République se « fera accompagner, au besoin, d'une ou deux per- « sonnes présumées, par leur art ou profession, ca- « pables d'apprécier la nature et les circonstances du « crime ou délit. »

Article 44. — « S'il s'agit d'une mort violente ou « d'une mort dont la cause soit inconnue et suspecte, « le procureur de la République se fera assister d'un « ou deux officiers de santé, qui feront leur rapport « sur les causes de la mort et l'état du cadavre. Les « personnes appelées dans le cas du présent article « et de l'article précédent, prêteront, devant le procu- « reur, le serment de faire leur rapport et de donner « leur avis en leur honneur et conscience. »

On s'est demandé si ces dispositions de la loi étaient pourvues d'une sanction.

Il est à remarquer que l'article 44 du Code d'Instruction criminelle n'en contient aucune.

Mais les Parquets n'ont pas voulu rester désarmés et, en fouillant bien leur arsenal, ils ont découvert dans l'article 475 du Code pénal un paragraphe 12 qui est ainsi conçu:

« Seront punis d'amende depuis 6 fr. à 10 fr. in- « clusivement : Ceux qui, le pouvant, auront refusé « ou négligé de faire les travaux, le service ou de « prêter le secours dont ils auront été requis dans les « circonstances d'accidents, tumultes, naufrage, inon- « dation, incendie ou autres calamités, ainsi que « dans les cas de brigandage, pillages, *flagrant délit*, « clameur publique ou d'exécution judiciaire. »

Je dois dire, Messieurs, que le Corps médical n'a cessé de protester contre l'application de ce texte. Il a été soutenu dans la lutte par d'éminents jurisconsultes.

Ecoutez, entre autres, MM. Chauveau et Faustin-Hélie dans leurs théories du Code pénal:

Au paragraphe de l'article 475 « il ne s'agit que « d'un concours matériel; les exemples cités par la « loi le démontrent suffisamment ! « C'est pour étein- « dre un incendie, sauver des naufragés, défendre « des propriétés attaquées, arrêter un coupable, « protéger l'exécution d'un jugement: dans tous « ces cas il y a urgence d'un secours immédiat, « il peut y avoir imposibilité de se procurer sur « le [illegible]amp les secours organisés par l'Adminis- « trat[illegible]n: on invoque l'aide et l'appui des simples « par[illegible]uliers, la loi leur fait un devoir de le prêter; « elle punit leur refus comme une faute. Mais il n'en « serait pas ainsi d'un concours intellectuel ou moral. « Supposons qu'un avocat, un médecin, un expert soit « requis de procéder à une vérification, à une opération « chirurgicale, à une expertise ; leur refus ne motive- « rait nullement l'application de l'article ; car il serait « peut-être absurde et certainement ridicule de con- « traindre, par une pénalité, un juriconsulte à exami- « ner un point de droit, un médecin à faire une autop- « sie, un maître d'écriture à vérifier une pièce fausse. « Quelle confiance pourraient inspirer des experts con- « traints par la force à expertiser? Quel bénéfice la jus- « tice retirerait-ele d'un pareil concours? Dailleurs « les opérations qui exigent un concours intellectuel « ont rarement un caractère d'urgence tel qu'elles « ne puissent être ajournées. »

La Cour de Cassation belge s'est rallié à ce système dans un arrêt rendu le 4 juillet 1840. On lit dans cet arrêt: « Que le législateur, en s'abstenant de poser « une sanction pénale à l'article 44 du Code d'Instruc- « tion criminelle, s'en est rapporté au zèle des offi- « ciers de santé, dont il n'a pas voulu supposer la « résistance aux injonctions des magistrats agissant « au nom d'intérêts si graves. »

En France, je ne voudrais pas dire, Messieurs, que la Cour de Cassation a eu moins bonne opinion de vous ; mais elle a jugé avec persistance que vous tombiez sous le coup de l'article 475.

Je ne vous ferai pas l'inutile énumération des décisions rendues et je ne reprendrai pas devant vous les discussions agitées, je me bornerai à vous indiquer un des arrêts les plus récents, qui paraît fixer la jurisprudence: c'est l'arrêt du 17 décembre 1875.

Un cadavre venait d'être retiré de la rivière *le Doubs*, Le Dr G.. fut requis par le juge d'instruction de Pon- « tarlier d'avoir à se rendre sans délai à l'hopital de « cette ville, de visiter le cadavre, de constater s'il « existait des traces de violence, de procéder à l'au- « topsie et de faire toutes constatations utiles à la « découverte de la mort.

Le Dr G... résista à l'injonction qui lui avait été faite.

Traduit devant le tribunal de simple police, il eut le bonheur d'être acquitté. Mais sur le pourvoir du Ministère public, la Cour suprême cessa cette sentance.

« Attendu, porte l'arrêt, que le refus du Dr G... « d'obtempérer à la réquisition qui lui avait été faite « alors qu'il ne justifiait pas de l'impossibilité d'y « obéir, constituait la contravention prévue par « l'article 475, nº 12 du Code pénal. Que néanmoins, « le tribunal de simple police a renvoyé G... de la « poursuite en décidant que cet article n'est pas ap- « plicable au cas où un homme de l'art est requis « pour apprécier la nature et les circonstances d'un « crime ou d'un délit, et que d'ailleurs, il n'ap- « partient qu'à lui seul d'apprécier la possibilité « ou l'impossibilité d'obéir à la réquisition. Que ce « jugement a ainsi faussement interprété et appliqué « et par suite a violé l'article 475, nº 12, susvisé. « Casse le jugement du tribunal de simple police de « Pontarlier. »

Cet arrêt, qui est peu motivé, a cependant une grande importance, parce qu'il répond implicitement à une nouvelle question. Pour la rendre plus saisissante, mettons, si vous le voulez bien, un médecin en scène : « Soit, dit-il, je suis obligé d'assister « le magistrat qui me requiert; je vais donc l'accom- « pagner dans son transport. Mais je puis me trouver « en présence de constatations et d'opérations aux- « quelles je suis mal préparé. Je suis un bon prati- « cien; je soigne et je guéris convenablement les vi- « vants, mais je sais peu traiter les morts. Je ne suis « pas tenu d'être également versé dans toutes les

« branches de mon art ; à chacun sa spécialité. J'ai « choisi la branche animée, mais ne suis qu'un fort « médiocre médecin légiste. Eh bien ! à parler franc, « voici un cadavre en face duquel je me sens incom« pétent, et je décline l'honneur d'une mission que je « ne me crois pas capable de remplir. »

Certes, c'est là un langage honnête, inspiré par une conscience scrupuleuse. Il semble bien que la loi ne puisse plus sévir contre un homme qui a le double mérite d'avoir fait preuve de bonne volonté et de délicatesse. Malheureux médecin ! Le paragraphe 12 de l'article 475 peut encore vous atteindre. Aux termes de l'article 44 du Code d'Instruction criminelle, votre concours ne doit pas seulement consister à assister le magistrats, mais à faire un rapport. Faites donc votre rapport comme bon vous semblera ; dites, si vous voulez, que vous n'avez pu découvrir la cause de la mort; mais faites un rapport. Sans cela, vous arriveriez indirectement à vous faire juge de l'impossibilité d'obéir à la réquisition, et c'est un droit que la Cour de Cassation vous refuse au cas de flagrant délit.

L'impossibilité physique et dûment justifiée sera seule une exemption de cette corvée professionnelle.

Un dernier mot pour indiquer encore quelques notions pratiques :

La réquisition peut-être faite non-seulement par le procureur de la République ou le juge d'Instruction, mais encore par tous les officiers de police auxiliaires.

La réquisition pour être régulière, n'est assujettie à aucune formalité, peut être purement verbale.

C'est seulement au cas ou il y a flagrant délit ou accident de nature à troubler la paix publique que la réquisition peut être obligatoire.

Les services réclamés pour l'intérêt privé ne peuvent être soumis à aucune sanction ; car ici on sort des rapports avec l'autorité pour revenir aux rapports avec la clientèle.

Je ne veux pas, Messieurs, prolonger plus longtemps la fatigue que je vous impose.

Mais il faut une morale pour finir.

Quel enseignement retirer de l'antagonisme qui paraît exister entre les exigences de l'autorité et le caractère libéral et indépendant de votre profession ?

Il serait à souhaiter que l'Etat réglât d'une manière assez complète le fonctionnement de l'institution des médecins au rapport, pour que les autres médecins fussent affranchis de l'inquiétude de fournir un concours qui perd de sa dignité en perdant de sa liberté.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Journaux américains

Des indications de l'électricité dynamique et statique. *(N. Y. Med. Journ. february 3, 1883).* — C'est peu de savoir qu'une maladie doit être traitée par l'électricité, car cette force a des manifestations multiples et toutes les maladies ne réclament pas le même genre d'électricité, ni le même mode d'application. Le Dr Rockwell a fait une communication sur ce sujet à *the New-York County Medical Society*, dans sa séance du 22 janvier dernier. Il ne faut pas croire, dit-il, que telle forme d'électricité convient à telle classe de maladies à l'exclusion des autres ; mais il y a certaines conditions pathologiques qui ne peuvent être améliorées que par une forme spéciale, les autres étant inutiles ou dangereuse ".

Dans l'*hémiplégie*, où il existe souvent une contractilité électro-musculaire exaltée, on emploiera la faradisation avec un courant léger et des intermittences rapides. Sous son influence, les membres deviendront plus forts et les contractions moins promptes. Le même courant sera encore préférable, lorsque la contractilité ne sera que très peu diminuée ; mais lorsque cette diminution sera très prononcée, il faudra recourir au courant galvanique, pour revenir à la faradisation lorsque les muscles réagiront sous son influence. Le courant continu conviendra donc dans la plupart des cas de *paraplégie*, dans lesquels, généralement, la perte de contractilité farado-musculaire est plus ou moins complète ; cependant, le courant faradique pourra être utile pour restaurer la nutrition des membres paralysés.

Dans la *paralysie faciale d'origine rhumatismale* le courant induit ne provoque pas de contractions, tandis qu'un faible courant de piles en produit ; et ce résultat est atteint avec une tension qui, à l'état normal, serait insuffisante ; mais à mesure que la maladie guérit, il faut une tension plus forte pour produire le même effet, et enfin reparaît la contractibilité farado-musculaire.

Sur les centres nerveux on n'emploiera que le couran constant.

Dans la majorité des maladies où l'électricité est indiquée, chacune de ses trois formes, galvanisme, faradisme, et franklinisme peut, à un moment donné, l'emporter sur les autres. Dans la *névralgie*, par exemple, où l'on a vanté le galvanisme, souvent le faradisme est préférable et guérit, alors que les souffrances avaient été aggravées par l'autre mode d'électricité. Dans ces cas, l'auteur se règle sur l'effet de la pression sur les nerfs affectés : si une pression énergique augmente la douleur, on aura recours au courant continu, tandis que le courant induit sera préférable dans le cas contraire

Dans l'*hyperesthésie hystérique*, où une pression énergique et soutenue soulage, tandis qu'une pression superficielle augmente la douleur, le courant faradique est encore infiniment supérieur au galvanique.

Dans la *débilité générale* de l'organisme, on aura recours aux effets toniques de la faradisation générale mais les effets obtenus dépendront beaucoup du mode d'application. La faradisation générale, telle que l'auteur l'a décrite, il y a déjà quelques annnées, est une méthode de détails qui demande beaucoup de soins. Elle a produit d'excellents effets entre les mains de ceux qui ont su l'employer.

Il y a peu de maladies qui, dans tout leur cours, ne demandent qu'une forme speciale d'électricité.

L'*asthénopie*, qui est le résultat d'un défaut absolu ou relatif d'énergie des muscles de l'accommodation, accompagnée d'hyperesthésie de la rétine et des nerfs ciliaires, est une des quelques conditions qui semblent réclamer le courant faradique seulement. Le galvanisme est si rarement utile dans ce cas, qu'il n'y a pas à en tenir compte dans la pratique.

Le courant induit produit encore des effets vraiment remarquables dans la *paralysie diphthéritique.* La plupart du temps, cette paralysie, qu'elle soit générale ou localisée, tend à disparaître d'elle-même, mais il y a des cas d'un caractère si opiniâtre, que la nature semble inhabile à les guérir à elle seule. La faradisation fera disparaître promptement les paralysies les plus graves.

Il y a peu de maladies dans lesquelles le galvanisme soit exclusivement indiqué.

Une simple galvanisation de la moëlle, aidée quelquefois de l'influence tonique de la faradisation générale, suffit a guérir ce que l'on appelle *irritation spinale* ou *névralgie spinale.*

Il rendra également des services dans les suites de la *méningite cérébro-spinale,* et même dans le cours de cette terrible maladie pour combattre la douleur et les contractures.

C'est encore le galvanisme qui tiendra le premier rang dans le traitement du *goître exophthalmique*; cependant la faradisation générale pourra aider à la guérison.

Le courant constant sera utile *pour restaurer le sens de l'odorat et du goût,* et l'on aura également recours à lui pour combattre les douleurs du *zona*; dans l'électro-chirurgie, il va sans dire, qu'on l'emploiera exclusivement.

Dans la *grossesse extra-utérine,* les deux courants ont été employés avec succès; mais le galvanisme est préférable pour amener promptement la mort du fœtus.

Dans la *chorée,* on peut employer les deux genres d'électricité dynamique, et quelquefois même l'électricité franklinique. Il est parfois très difficile, sans un examen approfondi et sans tentatives de traitement, de faire un choix; cependant voici une règle presque générale :

Si l'appétit est bon et si la nutrition n'a pas souffert, on aura recours au courant de piles, à la galvanisation centrale, si la nutrition est défectueuse, la faradisation générale sera de règle. Le même principe sera applicable dans l'*aménorrhée*; et lorsque la suppression menstruelle paraîtra dépendre d'un état local, c'est au courant galvanique, ou à la commotion de l'électricité franklinique que l'on s'adressera. Les deux courants réussissent dans la *dysménorrhée*; mais le courant constant sera plus fréquemment employé.

L'électricité statique est bien inférieure aux deux autres; mais il est des cas dans lesquels on est obligé d'y recourir. Quelquefois, après avoir obtenu l'amélioration d'une maladie avec le faradisme ou le galvanisme, l'état reste stationnaire ou bien encore s'aggrave de nouveau; l'action du remède semble usée; dans ces cas, le franklinisme est très utile, il donne une nouvelle impulsion et l'amélioration progresse. On peut de même s'en servir comme complément des deux autres genres d'électricité. — La douleur est quelquefois guérie par l'électricité statique, lorsque l'électricité dynamique a échoué; mais ce n'est pas la règle ; cependant, la douleur du rhumatisme musculaire cède plus vite et plus sûrement à ce genre d'électricité qu'à tout autre.

Dans les *névralgies chroniques,* alors qu'aucun tronc nerveux n'est spécialement affecté, le franklinisme produira plus d'effet que le faradisme. Dans les *arthrites rhumatismales avec épanchement;* dans les *synovites chroniques,* le traitement par les étincelles sera souvent le plus efficace, et favorisera la résorption du liquide On en usera également dans l'*anesthésie cutanée* et dans les *contractures anciennes.*

Quant à l'electro-diagnostic, lorsqu'on voudra se rendre un compte exact de l'état de la fibre musculaire, on s'adressera exclusivement aux deux formes d'électricité dynamique.

*
* *

Une épidémie d'Impétigo. *(The Medical Record, January 20, 1883).*

Je ne sais pas si l'on a publié en France la relation d'une semblable épidémie; les auteurs sont muets sur cette maladie. Ce n'est pas à dire qu'elle n'existe pas dans notre pays ou qu'elle y soit très rare ; mais on n'a pas su l'observer. Il y a deux ou trois maladies, chez les enfants, que l'on désigne vulgairement sous le nom de *gourmes,* et qui sont aussi négligées des médecins que des parents. Les parents disent que c'est la santé des enfants, qu'il ne faut pas toucher à cela, et le médecin n'y touche pas. Je dirai plus, j'ai connu un médecin qui ordonnait aux parents de mettre des poux dans les cheveux des enfants, afin de provoquer la gourme.

Quoi qu'il en soit, il existe une maladie qui n'est ni l'impétigo vulgaire, ni l'eczéma ; une maladie qui est contagieuse, et qu'il importe de connaître. D'après le Dr Wooster Beach, c'est Tilbury Fox qui aurait, le premier, appelé l'attention sur cette maladie dans un article du *British Médical Journal,* en 1864.

Il y a quelques mois, Wooster Beach reçut à son dispensaire plusieurs enfants atteints de lésions qu'il crut devoir rapporter à l'impétigo contagiosa. Il fit une enquête sur l'origine de ces cas, apprit que les enfants venaient tous du même endroit, et que, dans leur localité, il y avait eu quarante ou cinquante personnes atteintes du même mal. Voulant étudier cette épidémie, il se transporta sur les lieux et put observer un certain nombre de malades.

Voici, d'après les observations de l'auteur, les lésions que l'on observe :

Ce sont d'abord des pustules qui varient depuis la grosseur d'une lentille, jusqu'à celle du bout du doigt; ces pustules sont plates, arrondies, couvertes de croûtes ressemblant à du papier gris mouillé. La croûte ne couvre pas toujours la pustule en entier, et l'on peut apercevoir du pus tout autour ; parfois il y a un cercle inflammatoire ; on note très rarement de l'ombilication. A mesure que la lésion vieillit, la croûte sèche ; quelquefois plusieurs pustules s'unissent et sont recouvertes d'une même croûte. Lorsqu'on la détache, on voit une surface rougeâtre. Sur la tête, les pustules se recouvreut de croûtes jaune-sale qui sont traversées de cheveux collés. Lorsque les croûtes commencent à tomber, au bout d'une semaine ou deux, la surface rouge laissée a nu ressemble un peu à de l'eczéma, et est très démangeante. — La durée est variable, car il peut y avoir plusieurs poussées successives. Elle est de dix jours à deux mois et plus.

La localisation favorite de la maladie est la face, le pourtour de la bouche, le menton; puis viennent les avant-bras et les poignets, mais on peut voir des pustules partout, et si on les remarque principalement sur la face et les avant-bras, c'est que la contagion est plus facile en ces points; les enfants s'embrassant, jouant, et couchant ensemble.

Dr Edmond Chaumier.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DE LA CHARENTE.

Monsieur et très honoré directeur,

Là où expire le rôle du fondé de pouvoirs commence

si je ne m'abuse, celui du *livre noir*, dont l'action, pour être efficace, doit être limitée à un petit nombre de circonscriptions médicales : c'est affaire d'entente entre les médecins syndiqués d'une même région.

C'est aussi pénétré de cette idée, que j'adresse l'appel suivant à mes confrères voisins, par l'intermédiaire de votre estimable journal, *notre Concours médical.*

Mon cher confrère,

Pour rendre vraiment efficace notre *association syndicale*, et pour donner en quelque sorte une sanction aux règlements que nous nous sommes imposé de suivre, par notre adhésion même, j'ai pensé faire acte de concours en vous proposant d'échanger entre nous la liste de tous ces mauvais clients, *quoique solvables*, qui se trouvent placés sur la limite de nos circonscriptions respectives; non seulement de ceux qui paient par prescription, mais encore de ceux plus nombreux qu'on ne peut faire approcher, au prix même des menaces.

Je vous adresse donc la liste de ceux de mes clients récalcitrants, susceptibles de vous appeler, en y joignant certains noms cosmopolites qui, par leur profession ambulante, pourraient bien user et même abuser de vous, comme ils l'ont fait de moi et probablement de bien d'autres confrères avant nous.

Telle est, si je ne me trompe, la manière la plus pratique de comprendre l'usage du *livre noir*. Par ce procédé simple et facile, l'action peut en être immédiate. Au lieu de courir au chef-lieu de département consulter le grand livre noir, chacun de nous peut avoir entre les mains son petit livre noir, promptement consulté, chaque fois qu'un nouveau client, susceptible de ne nous inspirer qu'une confiance médiocre, nous fait appeler. Aussitôt que, par la conversation, nous avons acquis la certitude que cet individu est bien le client débiteur du confrère qui nous l'a signalé, quelle conduite avons-nous à tenir?

Fort de cet avertissement obligeant du confrère voisin, nous pourrions assurément garder un prudent silence et continuer nos soins au malade ou à sa famille, en nous réservant de le poursuivre avant l'expiration de l'année pour éviter avec lui toute difficulté. Certainement que le procédé serait habile, peut-être même quelque peu lucratif. Mais je crois qu'il nous appartient de faire mieux, si nous nous inspirons de l'esprit qui a présidé à l'élaboration des statuts de l'Association dont nous avons l'honneur de faire partie. Faisant donc taire, pour un moment, notre intérêt particulier pour ne voir que celui de notre société, posons-nous comme intermédiaire et amenons doucement ce client, pour peu que nous ne le connaissions, à solder son ancien médecin avec lequel sans doute, il a eu précisément quelque démêlé. Dans le cas contraire, nous raidissant contre nos sentiments d'humanité, nous lui signifierons carrément que nous lui continuerons nos soins que le jour où il nous aura montré la quittance du confrère lésé, dont il est resté sciemment le débiteur. Et mieux, comme en regard de chaque nom doit être mentionnée la somme due, nous proposerons à notre nouveau client, pour lui permettre de se libérer plus facilement, de recevoir nous-mêmes le prix des honoraires pour le transmettre immédiatement à notre heureux confrère.

Après cela, quel autre gage de bonne confraternité pouvons-nous donner?

Veuillez agréer, etc., Dr Pintaud-Desallées.
Larochefoucauld (Charente).

II

SYNDICAT DES VALLÉES DE L'AISNE ET DE LA VESLES.

(Entre Soissons et Reims).

Extrait du procès-verbal de la réunion.

Etaient présents ; MM. Dulien, *président*; — Ancelet, *vice-président*; — Lécuyer, *secrétaire.* — Bracon, — Parmentier, — Gonart, — Beaufinet, — Ballossier.

S'étaient fait excuser et étaient représentés : MM. Claudat, — Wisny, — Herbillon, — Colnet.

La séance étant ouverte, M. le Président expose que le Dr Cézilly, qui a l'honneur d'être le promoteur des syndicats qui ont déjà rendu et qui rendront surtout beaucoup de services au Corps médical au fur et à mesure de leur bon fonctionnement, a tous les droits à la marque d'estime que déjà quelques syndicats lui ont donné.

Il propose de lui décerner le titre de *président d'honneur* du syndicat.

Adopté à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle l'établissement du *tarif d'honoraires.*

Le Syndicat adopte un tarif. (*Voir le tarif).*

L'ordre du jour appelle le *mode de recouvrement des honoraires.*

Après une longue discussion, l'assemblée adopte des modèles de lettres de recouvrement.

L'ordre du jour appelle la question des *expertises médico-légales.*

M. le Président expose qu'il a reçu une communication du *syndicat de Baugé*, et du *syndicat de Lot-et-Garonne*, et demande à l'Assemblée son avis, sur la résolution prise par les deux syndicats sus-nommés, de refuser en principe de faire les expertises médico-légales, et de ne prêter leur concours que dans les cas de *flagrant délit.*

Après discussion, le Syndicat, considérant que les termes *flagrant délit* sont extrêmement élastiques, et tout en adoptant en principe la résolution sus mentionnée, désire que le Conseil judiciaire du *Concours médical* donne son avis motivé, et définisse exactement le flagrant délit. Il demande que la réponse soit insérée au *Concours.* Il rendra son vote définitif sur cette question après cette réponse, lors de la première réunion.

Il demande aux deux *syndicats de Baugé et de Lot-et-Garonne* de considérer l'insertion au *Concours* comme réponse a leur demande.

La séance est levée.

Le Secrétaire général, Dr Lécuyer,
(de Beaurieux).

Voir le rapport de M. de Clotte inséré dans le présent numéro, et le travail du Dr Cauchy, inséré dans le *Concours* de 1882.

Nous publierons prochainement d'intéressants extraits du règlement relatif aux usages professionnels et au tarif d'honoraires, adopté par le Syndicat présidé par M. le Dr Dulieu.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

12 Mai. 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 19

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Pasteur* déclare qu'il n'a pas, pour le moment, l'intention de réfuter l'argumentation de M. Péter; il se contente d'affirmer qu'il n'accepte pas le tort que son honorable contradicteur lui attribue, celui de s'être trompé en annonçant l'existence d'une maladie nouvelle produite par l'inoculation de la salive d'un enfant mort de la rage: il s'agit parfaitement d'une maladie nouvelle, produite par un microbe nouveau. Ses expériences lui ont démontré que la maladie nouvelle existait dans le mucus buccal d'enfants morts de maladies communes et dans la salive de personnes en pleine santé, ce qui lui a permis d'affirmer que cette maladie n'avait pas de relations avec la rage.

M. le Dr *Cornil* fait, sur *la topographie et le rôle des bacilles dans l'anatomie pathologique de la tuberculose*, une intéressante communication dont nous allons exposer les conclusions.

Les quarante observations anatomiques que l'auteur a examinées, avec son collaborateur, M. Babès, au point de vue de la recherche des bactéries, peuvent se diviser en trois catégories :

1o Celles dans lesquelles le nombre considérable des bacilles de la tuberculose dans tous les produits tuberculeux, granulations et infiltrations, explique parfaitement la genèse des lésions d'inflammation chronique qui constituent la tuberculose. Les lésions sont là aussi manifestement liées aux bactéries que les nodules de la lèpre, maladie pour laquelle le rôle des parasites est aussi bien démontré que dans le charbon. La propagation de ces micro-organismes par les vaisseaux sanguins et lymphatiques est prouvée par leur siège à l'intérieur et autour de ces vaisseaux. Cette catégorie de faits est absolument assimilable aux expériences d'inoculation par lesquelles M. Koch, en injectant à des centaines d'animaux différents les bactéries de la tuberculose purifiées et isolées par plusieurs cultures, a reproduit constamment la tuberculose.

2o Dans une seconde série de faits, les bacilles caractéristiques de la tuberculose sont peu nombreux, mais il en existe constamment un ou plusieurs dans les cellules géantes, c'est-à-dire an milieu des granulations tuberculeuses. On doit croire que, là aussi, les bacilles ont été le point de départ de l'inflammation nodulaire, parce qu'ils siègent à son centre. Là aussi le pourtour des petits vaisseaux est leur siège d'élection.

Quelquefois, au lieu des bacilles ou à côté des bacilles, on rencontre des grains qui se colorent de la même couleur par la même série de manipulations. Ces grains ne sont pas les éléments qui ont été vus tout d'abord par MM. Klebs et Toussaint; MM. Cornil et Babès se sont assurés, par l'examen des tubercules inoculés à l'aide du liquide de culture de M. Toussaint, qu'il existait des bacilles caractéristiques dans les tubercules d'inoculation.

3o Dans une troisième série d'observations relatives à la tuberculose chronique, les bacilles, qui sont presque toujours dans les cellules lymphatiques migratrices, ne se trouvent plus que dans les parois des cavernes ou des bronches ulcérées. On n'en voit généralement point dans les parties en dégénérescence caséeuse. Cependant, au pourtour de ces masses caséeuses, on en rencontre dans la zone qui con-

tient des granulations plus récentes. Quelquefois, il en existe encore des amas en quelque sorte enkystés dans les tubercules fibreux très anciens, entourés de dépôts de charbon.

Pour commenter des cas de ce genre, où le nombre des bacilles est loin d'expliquer toutes les lésions observées à l'autopsie, on peut *supposer* qu'ils ont été éliminés ou détruits, mais qu'ils n'en ont pas moins laissé après eux des inflammations chroniques de nature scléreuse, ou des îlots de dégénérescence caséeuse, toutes modifications des tissus qui persistent après leur disparition.

Pour comprendre cette disparition des bacilles dans les produits tuberculeux anciens, il faut tenir compte de ce fait qu'ils sont transportés par les cellules migratrices, et qu'il s'en fait une élimination constante et considérable par les crachats provenant des bronches et des cavernes, par les catarrhes, par la surface des ulcérations de l'intestin et par les urines.

D'ailleurs, tout n'est pas dit sur cette question des bacilles de la tuberculose qui ne date que d'un an. Il suffirait de méthodes nouvelles de coloration et de recherche des bactéries pour étendre nos connaissances sur ce sujet. Peut-être découvrira-t-on d'autres états de ces mêmes bactéries que nous ne connaissons pas encore. Mais aujourd'hui, tout en tenant compte des nombreuses causes prédisposantes de la phthisie, on ne peut nier, en face des découvertes de Villemin et de Koch, que le parasitisme n'en soit la cause essentielle.

Sous ce titre : *Une lacune de la législation relativement aux aliénés dits criminels*, M. *Billod* fait remarquer que la législation est muette sur la nécessité qu'il y aurait parfois à maintenir séquestrés certains aliénés, dits criminels, après leur guérison, lorsqu'ils présentent des chances à peu près certaines de rechute, et constituent ainsi un danger permanent pour la société. Il arrive souvent, en effet, qu'un de ces aliénés est momentanément guéri et que cette guérison pourrait être durable si le sujet était maintenu dans l'établissement où il est soigné, tandis que les conditions seules du retour dans la société peuvent et doivent suffire pour déterminer de nouveaux actes d'aliénation.

Il serait utile, conclut l'orateur, d'introduire dans la loi une disposition qui permît de retenir, dans les établissements où ils sont traités, les aliénés dits criminels qui, tout en paraissant guéris, seraient légitimement suspects de rechute.

ELECTION. — M. le professeur *Richet* vient d'être élu membre titulaire de l'Académie des Sciences, section de Médecine et de Chirurgie.

Dr J. GEOFFROY.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'HYSTÉRIE VISCÉRALE.

L'hystérie est certainement une des questions qui ont le plus passionné les médecins de notre temps. Ils en ont tant parlé que l'écho de leurs discussions s'est répercuté dans le monde extra-scientifique et que les littérateurs plus ou moins naturalistes se sont, eux aussi, consacrés à la peinture de la *grande névrose*. Par réaction contre cet engouement du public non médical pour les surprenantes merveilles de l'hystérie, et par protestation contre les inepties qu'ont imprimées sur ce sujet de maladroits vulgarisateurs, il semble que depuis peu une partie des médecins se soit dégoutée de cette étude; plus d'un, quand on lui signale quelque nouveau travail relatif à l'hystérie, prend volontiers un air railleur et dit d'un ton dégagé : « Bast! l'hystérie, c'est toujours la même chose, une curiosité d'hôpital, un mot qu'on est bien aise d'invoquer, quand on est en présence d'un diagnostic embarrassant. »

Eh bien, c'est là un point sur lequel il est bon de s'expliquer. Quelques praticiens n'auraient peut être pas tort de se plaindre qu'on ait beaucoup exagéré la fréquence de l'hystérie, si on n'avait en vue que l'hystérie convulsive à attaques réglées, telle qu'elle a été popularisée par les publications de l'École de la Salpêtrière. Sans doute, l'attaque d'hystérie à grand spectacle n'est pas très commune, en dehors des milieux spéciaux où on l'étudie d'ordinaire, et les simples attaques de nerfs plus ou moins désordonnées, auxquelles tout praticien est appelé quotidiennement à donner des soins, ne peuvent embarrasser son diagnostic. Très intéressante sans doute sont les paralysies des membres, les modifications pathologiques de la sensibilité des téguments; mais, bien connues désormais, elles ne sauraient guère dérouter un observateur attentif.

En revanche, il existe toute une catégorie de malades chez lesquelles la névrose hystérique ne se révèle que par des manifestations viscérales, à l'exclusion des paralysies et des convulsions, des troubles sensitifs ou moteurs, que trop de praticiens considèrent encore comme l'indispensable cortège de l'hystérie. Or, cette catégorie de malades est d'abord d'autant plus intéressante qu'elle est très vaste, et ensuite qu'elle est fertile en surprises et en déboires pour nous.

On ne saurait trop le répéter : l'hystérie convulsive, l'hystérie qui se manifeste par des phénomènes extérieurs, n'est pas la forme la plus commune de la névrose; c'est surtout par des troubles des fonctions organiques dans la plupart des cas, uniquement dans quelque-uns, qu'elle nous révèle son existence. C'est aux symptômes offerts dans l'hystérie par la digestion, la respiration, la circulation, la sécrétion, la nutrition,

etc., que les pathologistes les plus modernes ont appliqué la rubrique générale, très commode et très expressive, d'hystérie viscérale.

Fort importante en raison de sa fréquence, des nombreuses et fâcheuses erreurs de diagnostic et de pronostic auxquelles elle donne lieu chaque jour, l'hystérie viscérale mérite d'être soigneusement étudiée, et nous signalerons aujourd'hui quelques-uns des travaux récents qui sont venus en éclairer les côtés obscurs.

Ce ne sera pas, croyons-nous, faillir à notre titre de médecine pratique.

M. Huchard qui, dans son beau livre sur les névroses, a consacré une large place à l'hystérie viscérale, s'est encore attaché, depuis cette publication, à signaler les nombreux embarras de diagnostic auxquels peuvent donner lieu les troubles organiques chez les hystériques, soit qu'ils dépendent de la névrose seule, soit qu'ils cœxistent avec d'autres affections organiques dont ils modifient considérablement l'aspect clinique.

I

L'*appareil digestif* est un des plus éprouvés par l'hystérie. Il n'est pas une de ses parties qui ne puisse, à l'occasion, fonctionner anormalement sous l'influence de la névrose.

En première ligne, le SPASME DE L'ŒSOPHAGE est un accident hystérique assez fréquent ; il peut être observé à tous les degrés d'intensité, depuis un resserrement intermittent jusqu'à une coarctation étroite et durable, qui oppose un obstacle absolu à l'alimentation et peut devenir la cause de graves embarras. Le spasme de l'œsophage présente assez souvent les caractères de début brusque, de courte durée et de disparition subite que l'on est généralement porté à considérer comme significatifs en faveur de la nature hystérique de tout symptôme morbide. Mais, se fier uniquement à ces caractères pour diagnostiquer le spasme œsophagien serait aujourd'hui imprudent. La clinique a démontré qu'il existe des cas de rétrécissement purement névropathique, s'étant installés insidieusement et progressivement et s'étant prolongés pendant des mois, des années même (1).

Mais nous allons nous arrêter plus longuement sur les manifestations hystériques qui ont pour siège l'estomac. Elles sont parmi les plus fréquentes, au moins quelques-unes d'entre elles ; aussi doit-on savoir gré à M. Deniau, jeune médecin distingué, de les avoir décrites avec soin tout récemment (2).

Les manifestations de l'hystérie du côté de l'ESTOMAC peuvent dépendre de troubles de la sensibilité, de la motilité ou des sécrétions de cet organe; c'est le point de vue pathogénique. Au point de vue symptomatique, nous avons à envisager, l'anorexie, les vomissements, la gastralgie la tympanite.

De l'anorexie hystérique.

L'ANOREXIE ou disparition du sens de l'appétit, qui survient si fréquemment chez les hystériques, doit être distinguée en deux variétés.

La première est *l'anorexie gastrique*, proprement dite. Celle-ci parait être une conséquence immédiate du ralentissement général de la nutrition qui rapproche l'hystérique des animaux hibernants. Chez elle, toutes les sécrétions, (rénale, cutanée, pulmonaire, digestive) et la température du corps s'abaissant dans une proportion active, l'assimilation n'a pas besoin d'être considérable pour maintenir le taux des recettes au niveau du taux des dépenses organiques ; ainsi s'explique une diminution partielle ou totale de l'appétit. Dans cette variété d'anorexie, la malade ne maigrit pas sensiblement, elle ne montre même pas de répugnance spéciale à se nourrir.

Elle se plaint d'avoir mauvaise bouche, de ne trouver aucun goût aux aliments ou de leur trouver à tous une saveur identique; la langue est tantôt saburrale, tantôt complètement rouge, lisse et brillante par la chute de son épithélium. Les digestions sont lentes et assez pénibles; la constipation est généralement extrême.

Les vomissements sont fréquents ; car, la fonction digestive étant presque suspendue, l'aliment ingéré n'est pour l'estomac qu'une masse étrangère dont il se débarrasse mécaniquement.

L'anorexie gastrique alterne souvent avec des appétences étranges et une recherche d'aliments capables de stimuler l'appétit et d'activer la digestion. « Tandis qu'elle repousse les potages, le lait, la viande, elle croque à pleines dents les citrons les plus sûrs et festoye de cornichons et de verjus. »

Toute différente est l'autre variété d'anorexie. Elle relève plutôt d'un trouble mental que d'un trouble digestif : pour en rappeler l'origine et les caractères, M. Huchard lui a appliqué l'heureuse dénomination *d'anorexie mentale*. Gull, en Angleterre, sous le nom d'apepsie hystérique, et Lasègue, sous celui d'anorexie hystérique, en avaient tracé certains caractères en 1873. Ce n'est plus, comme la variété précédente, une abstinence instinctive, corrélative de l'arrêt de la nutrition, et en suivant les diverses phases; c'est un refus catégorique de s'alimenter procédant d'un trouble de la volonté et de singulières conceptions psychiques.

Le phénomène originel est le plus souvent quelque sensation douloureuse éprouvée par l'hystérique dans la région épigastrique. Cette sensation ne paraît pas être uniquement due à l'hypéresthésie de la muqueuse gastrique rendant pénible le contact des aliments. Il s'agit plus souvent de manifestations réflexes dont le point de départ résiderait dans le centre nerveux cérébral. « Quelque émotion, quelque sympathie, quelque aspiration déçue, atteintes psychiques

(1) De quelques spasmes d'origine hystérique. Th. de Fouquet 1880.

(2) De l'hystérie gastrique. Th. de Deniau, 1883.

qui, retentissant sympathiquement de l'être moral sur l'être physique, déterminent une vague sensation de malaise, de douleur sourde épigastrique, de gêne indéfinissable que l'alimentation semble provoquer. Que ces accidents se répètent et s'aggravent, et qu'il s'y joigne une sensation de vertige, de la pesanteur d'estomac, de la dyspnée, des régurgitations, et l'hystérique ne tarde pas à s'apercevoir et à se persuader que l'alimentation est la cause occasionnelle de ces accidents, qu'elle décide de conjurer en mangeant moins et en réduisant son alimentation au minimum. »

Les caractères de cet élément douloureux qui est le point de départ de l'abstinence volontaire et entêtée des malades, ne sont pas ceux des souffrances gastriques occasionnées par une lésion réelle de l'estomac, si superficielle qu'elle soit ; ils ont été ainsi notés par Lasègue: Cette douleur persiste dans l'intervalle des repas, tantôt insignifiante, tantôt plus ou moins incommode. Elle n'a aucune localisation particulière, n'augmente pas par la pression. Elle est soudaine et n'est pas préparée par des troubles graduellement croissants de la digestion, elle n'est pas davantage suivie par des accidents dyspeptiques. Les fonctions intestinales restent indemnes, sauf la constipation ; la nature des aliments est sans influence sur les crises.

Dans d'autres cas d'anorexie mentale, c'est la crainte d'engraisser, la coquetterie de conserver des formes sveltes qui pousse l'hystérique à l'abstinence, ou bien c'est une conception plus ridicule encore ; un sentimentalisme exagéré, suggère à l'hystérique l'idée que l'acte de manger rapproche trop l'homme de la bête. Bien entendu, ce n'est pas la raison qu'elle donne à son entourage et au médecin. « Elle n'a pas faim », voilà son premier et son plus solide argument, et pendant des semaines, pendant des mois, elle réduit progressivement sa nourriture. La santé générale ne paraît pas d'abord influencée. L'hystérique met une sorte de point d'honneur à montrer aux siens que son nouveau régime lui est favorable. Alerte et légère, elle se multiplie, ne se refuse à aucun travail. Souvent elle accepte les médications qui lui sont proposées ; amers, eaux minérales digestives, stimulants diffusibles, gommes fétides, valériane, hydrothérapie, fortifiants, dérivatifs cutanés, le médecin épuise tout son arsenal, et la situation ne se modifie pas.

Si la famille comprend que la cause du mal réside non dans l'estomac, mais dans les idées de la malade, elle n'a à son service pour guérir « cette folie, ce délire de la volonté », que deux méthodes de traitement moral, prier ou menacer. L'une et l'autre sont également inefficaces. Le meilleur moyen d'augmenter l'opiniâtreté des hystériques, dit Lasègue, c'est de laisser percer directement ou indirectement la supposition que la malade, si elle le voulait bien, pourrait vaincre sa répugnance. Vainement on la supplie de consentir à essayer de prendre quelque nourriture. « L'excès d'insistance appelle l'excès de résistance. » La famille, par sa sollicitude même, contribue à perpétuer le mal. Cette anorexie invincible devenant l'objectif unique des préoccupations et des conversations, il se forme autour de la malade une sorte d'atmosphère morale qui la met dans un perpétuel contact avec sa conception morbide et son idée fixe.

On se lasse enfin de supplier, on ordonne, on menace, et cette manœuvre obtient aussi peu de succès. Il est inutile de chercher à effrayer l'hystérique en lui faisant entrevoir les conséquences de l'inanition pour sa santé. L'hystérique a, par grâce d'état, une quiétude, un optimisme inexpugnable. « Je ne souffre pas, donc je suis bien portante, » est un argument familier à l'hystérique.

Cependant, malgré la facilité avec laquelle ces malades supportent l'inanition, les conséquences de celle-ci finissent par apparaître. Menstruation d'abord irrégulière et insuffisante, puis supprimée ; soif constante, constipation opiniâtre, peau pâle, sèche et rugueuse, amaigrissement rapide, faiblesse excessive se traduisant par des lipothymies et des syncopes, névralgies, souffles anémiques, séjour définitif au lit sont tous les signes de la cachexie. Pourtant, l'anorexie ne se termine qu'exceptionnellement par la mort. D'ordinaire, la terminaison s'opère par une des deux alternatives suivantes.

« Ou bien l'hystérique est assez détendue pour devenir obéissante sans restriction, ce qui est rare, ou bien elle accède à une demi-docilité, avec l'espérance évidente qu'elle conjurera le péril sans renoncer à ses idées et à l'intérêt qu'inspire sa maladie, ce qui est plus fréquent. » (Lasègue) L'appétit ne revient pas tout d'un coup, et, comme transition, on peut observer les appétits les plus bizarres et les plus exclusifs. La maladie guérit le plus souvent au bout d'un temps plus ou moins long qu'on peut fixer à dix-huit mois ou deux ans ; mais la guérison est entrecoupée de rechutes et de temps d'arrêt qui la retardent parfois bien longtemps ; Lasègue connaissait des malades qui, au bout de dix ans, n'avaient pas encore récupéré l'aptitude à se nourrir comme tout le monde.

Le traitement de l'anorexie hystérique avec troubles dyspeptiques réels ne diffère pas de celui des dyspepsies en général, avec cette particularité que l'hydrothérapie devra intervenir d'une manière toute spéciale. Quant au traitement de l'anorexie mentale, tous les hommes compétents, Lasègue, Charcot, Huchard, posent en principe que la première mesure à prendre, est de transporter l'hystérique loin de sa famille, dans un milieu où elle ne puisse plus se sentir l'objet unique et constant des préoccupations. Dans certains cas d'intensité moyenne, l'isolement n'est pas indispensable, il est quelquefois, d'ailleurs, matériellement et pécuniairement impossible ; le traitement moral doit alors consister dans la plus complète indifférence des parents. Dans les cas mixtes où la volition maladive est doublée de quelques troubles dyspeptiques réels, il faut combiner l'emploi des traitements moral et pharmaceutique. Enfin, quand l'inanition se déclare véritablement, on a une précieuse ressource dans l'alimentation artificielle avec le tube en caoutchouc. Mais c'est surtout, comme nous le verrons plus loin, contre les vo-

missements hystériques que l'on obtiendra du gavage les meilleurs résultats.

Des vomissements hystériques.

Il y a plusieurs sortes de vomissements hystériques.

Au point de vue de leur nature, on peut distinguer les vomissements simples, les vomissements de sang, les vomissements stercoraux; ces derniers constituent des curiosités, on n'en connaît que deux observations.

Au point de vue des causes qui les font naître, il y a lieu d'envisager un plus grand nombre de catégories.

On désigne improprement sous le nom de vomissements urémiques ceux qui sont caractérisés par la présence de l'urée dans les matières rendues, avec phénomènes concomitants d'oligurie ou d'anurie. Ils ne peuvent être assimilés à l'urémie consécutive aux processus néphritiques; car il n'y a point dans ces cas de phénomènes toxiques. Ils sont purement *supplémentaires de l'excrétion rénale*, dans les cas d'oligurie ou d'anurie constatée. Le rein, perdant momentanément alors sa propriété physiologique d'excréter l'urée qui résulte de la désassimilation des tissus, ce produit excrémentitiel est éliminé par la muqueuse gastro-intestinale, ainsi que l'attestent les vomissements et les selles diarrhéiques contenant de l'urée. Cette suspension momentanée de la fonction rénale s'applique aussi à l'élimination des médicaments; de là une des causes de cette ataxie thérapeutique (Huchard) observée souvent chez les hystériques, et par suite de laquelle les médicaments à doses même minimes, produisent dans l'organisme des effets considérables, — faits qu'il convient d'opposer à d'autres dans lesquels les médicaments sont au contraire supportés à des doses extraordinaires par un organisme qui cesse de les assimiler et se laisse traverser par eux sans en être le moins du monde influencé. Cette perversion dans l'action des médicaments n'est qu'un cas particulier de la suspension de la fonction nutritive chez les hystériques, que M. Fabre (de Marseille), d'accord avec les recherches physiologiques récentes de Brown-Séquard, appelle l'*hystérie suspensive* ou *inhibitoire*.

Pour en revenir aux vomissements, par suite de l'inhibition des secrétions glandulaires de l'estomac, il semble que les aliments ingérés constituent de véritables corps étrangers, et soient promptement rejetés comme ils le sont dans l'indigestion par excès de réplétion gastrique.

Les vomissements peuvent être *spasmodiques*, liés à un trouble fonctionnel de la tunique musculeuse de l'estomac, qu'il s'agisse d'une hyperexcitabilité ou d'une atonie de celle-ci. L'hyperexcitabilité de la tunique musculeuse est souvent corrélative d'une hyperesthésie de la muqueuse qui la recouvre. C'est à propos de la gastralgie qu'il convient d'étudier cette catégorie de vomissements. Mais le spasme peut aussi exister seul; il peut affecter exclusivement l'un ou l'autre des orifices de l'estomac.

Dans le cas de spasme du cardia, le vomissement est très précoce, il suit presque immédiatement l'ingestion des aliments. Si la contracture siège au pylore, le tableau clinique change, les aliments s'accumulent dans l'estomac, qui se laisse parfois si bien distendre qu'on peut constater à la longue l'existence d'une dilatation chronique et définitive de l'organe; après un temps variable, les nausées surviennent et les aliments sont rejetés sans avoir subi de chymification. C'est le *pylorisme* de M. Luton.

Les vomissements spasmodiques présentent cette particularité que certains aliments passent mieux que d'autres; il y a une véritable sélection qui échappe à toute prévision et défie toute interprétation. Tantôt les liquides sont mieux supportés, tantôt le chaud, tantôt le froid. Dans un cas de Sutherland (1), le koumys seul fut supporté pendant dix-huit mois, à l'exclusion de tout autre aliment même analogue, tel que lait de chèvre fermenté et caillé, petit lait.

Les vomissements *par atonie de la tunique musculaire* sont tardifs, plus abondants, sans nausées et sans efforts douloureux; ils sont accompagnés des signes de la distension stomacale, bruit de glou-glou pendant la déglutition et bruit de flot par la succussion hippocratique.

Les vomissements *par troubles sécrétoires*, vomissements muqueux, véritable pituite, consistent dans le rejet des matières, « comme de l'eau ou des glaires, » abondantes, se produisant après les repas ou dans leur intervalle.

On a décrit encore des vomissements précédés ou accompagnés de toux, de dyspnée, de palpitations, de douleur sur le trajet du nerf vague au cou (*par pneumogastralgie* ou névralgie du pneumogastrique).

Enfin, dans certains cas, un élément mental intervient pour déterminer ou favoriser les vomissements. Alors l'hystérique s'habitue à vomir pour se rendre intéressante, et Mitchell (2) a observé toutes les transitions par lesquelles la simulation, d'abord inconsciente, puis volontaire, devient enfin irrésistible, l'acte morbide dégénérant en une habitude organique.

Chacune de ces variétés de vomissements réclame des INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES spéciales.

Aux vomissements par hyperesthésie et spasme, on opposera les préparations opiacées avant les repas, les injections hypodermiques de morphine, les fomentations chaudes et calmantes sur la paroi épigastrique.

Quand l'atonie est constatée, on doit recourir aux stimulants de l'estomac, aux amers, à la noix vomique, à la strychnine, à la faradisation de de l'épigastre. Dans les cas de pneumogastralgie, on pourra obtenir de bons effets des courants continus.

Les vomissements supplémentaires de l'excrétion rénale ne sont évidemment pas justiciables d'une médication s'adressant à l'estomac. Nous serions alors désarmés en face de la perversion

(1) Société clinique de Londres, 1881.
(2) Diseases of the nervous system .

générale de la nutrition, si l'hydrothérapie et l'isolement ne venaient encore ici nous permettre de modifier les conditions de fonctionnement du système nerveux cérébro-médullaire. C'est dans ces cas que se produisent aussi des guérisons inattendues provoquées par une forte émotion, par la peur, l'espérance, une confiance absolue dans un médicament; c'est parfois le triomphe de la pilule de mica-panis ou du fulminate de taraxacum.

D'après de nombreuses observations consignées dans la thèse de M. Deniau et empruntées aux services de M. Charcot, de M. Dujardin-Beaumetz, la méthode du lavage et du gavage de l'estomac rend souvent, dans les vomissements purement nerveux, d'incontestables services. Nous renvoyons pour ce point à l'un de nos précédents articles.

(*à suivre*). PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

A PROPOS DE L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES.

S'il y a jamais eu un moment où les questions sociales se sont imposées à l'étude et ont réclamé une solution urgente, on ne saurait douter que notre époque ne soit une de celles où ces questions ont le plus vivement attiré l'attention de tous les hommes qui s'intéressent à l'avenir.

Mais si les législateurs et les pouvoirs publics paraissent préoccupés du sort des masses en général, s'ils étudient avec une ardente sollicitude les moyens d'améliorer, pour l'ouvrier, les conditions de la vie matérielle, il existe toute une grande classe de citoyens auxquels on ne paraît songer que pour leur imposer des corvées et des charges nouvelles.

Non seulement nous sommes encore régis par une réglementation provisoire qui dure depuis trois quarts de siècle; non seulement on n'a rien fait dans les hautes sphères gouvernementales afin de mettre la rémunération attribuée au médecin, pour les services publics, en harmonie avec les exigences sociales actuelles, mais chaque jour apporte un contingent nouveau dans l'aggravation de la situation qui est faite particulièrement au modeste praticien des campagnes.

Nous voulons parler aujourd'hui de l'inspection médicale des écoles.

Ce n'est pas nous qui nous plaindrons jamais des efforts gigantesques que fait le pays, pour répandre, à flots, l'instruction dans les campagnes. Nous appelons, au contraire, de tous nos vœux, le jour malheureusement trop éloigné encore, — où l'ignorance et la superstition, — sa compagne inséparable, — seront chassées par le maître d'école.

Qu'on bâtisse donc des écoles sur toute la surface du territoire; qu'une population nombreuse vienne s'y presser pour recueillir l'enseignement et les leçons de maîtres dévoués: tant mieux! Mais qu'on y prenne garde! Ces enfants qu'on réunit ainsi, en grand nombre, sont exposés à contracter des affections multiples soit par le contact direct avec des individus contaminés soit par l'encombrement, soit par suite de dispositions hygiéniques mal entendues.

Dans sa légitime sollicitude pour ces jeunes existences, l'espoir et l'avenir du pays, M. le ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts a recommandé l'organisation, dans tous les départements, d'un service d'inspection médicale des écoles publiques.

Les recommandations d'un ministre, on s'en doute bien, ressemblent terriblement à des ordres, et les Préfets ont saisi, avec empressement, l'occasion de donner satisfaction au désir du ministre en formulant des arrêtés en conséquence et, d'un trait de plume, ils ont institué les médecins-inspecteurs des écoles.

Nous avons sous les yeux un de ces arrêtés qui est, dans son genre, un petit chef-d'œuvre. Après avoir rappelé les recommandations ministérielles, M. le Préfet de l'un de nos départements les plus vastes et aussi les plus riches, divise le territoire de son département en cinquante-six circonscriptions confiées chacune à un médecin-inspecteur. Afin d'être juste, il faut ajouter que l'une d'elles compte, en outre, cinq adjoints.

Pour une population de plus de sept cent mille habitants, cinquante-six médecins-inspecteurs... cela représente un médecin-inspecteur pour un peu plus de douze mille deux cent-cinquante habitants. Dès lors, assurément, le service médical sera une charge.— « Soyez tranquille, cher docteur, on « vous demandera si peu de chose! Oh! ne vous « dérangez pas! Votre mission consistera à visiter, « *dans vos tournées de clientèle,* » les « écoles publiques de votre circonscription. Vous « examinerez la salubrité des bâtiments scolaires « et l'état sanitaire des élèves. Vous veillerez à « ce que les conditions hygiéniques soient exactement « remplies, vous adresserez aux maîtres et « aux familles les conseils opportuns... vous « transmettrez tous renseignements utiles à l'administration « départementale. » — Presque rien, une bagatelle, vous voyez!

Ainsi le médecin-Inspecteur devra correspondre avec l'administration départementale: cela implique nécessairement des frais de poste. Comme l'arrêté ne dit point que le médecin-Inspecteur jouisse de la franchise postale dans ses rapports avec l'administration, nous devons supposer qu'il n'en est rien et qu'il devra affranchir, de ses deniers, les pièces du service.

Mais s'il est suffisamment rémunéré, dira-t-on. — Naïveté! — De rémunération, pas un traître mot dans l'arrêté en question. D'où je conclus que ce service doit être absolument gratuit. Est-ce juste?

Certes je ne veux pas blâmer le préfet qui est, assurément, un de nos administrateurs les plus

distingués et un de ceux dont l'aménité commande le plus les sympathies. Il fait ce qu'il peut : il ne peut pas promettre de l'argent qui ne figure pas au budget ! et puis, on objectera que les visites étant faites *dans les tournées de clientèle*, cela ne pourra être, pour le médecin, qu'un moyen agréable de passer quelques instants à se reposer de ses fatigues, tout en rendant un service à son pays. — Quelle touchante sollicitude !

Eh bien ! admirez ces mots : « *dans ses tournées de clientèle.* » Vous allez voir la valeur qu'il convient de leur attribuer.

J'ai eu la curiosité d'étudier de près le tableau annexé à l'arrêté en question et, entre autres enseignements curieux, j'en ai retiré les suivants: Dans une circonscription, un seul médecin a à surveiller les écoles publiques de vingt communes ; dans une autre, il y a vingt-et-une communes ; dans une autre enfin, il en existe vingt-quatre !! Connaissez-vous beaucoup de médecins dont la clientèle habituelle s'étend sur vingt-quatre communes ? j'avoue qu'ils seraient singulièrement à plaindre et qu'ils ne sauraient tenir longtemps à une telle existence de fatigue.

Mais allons plus loin. La superficie de l'une des circonscriptions dont il s'agit occupe 40.173 hectares ; une autre on embrasse 42.405 ; Enfin l'une d'elles s'étend sur 57.767 hectares. Cinq cent soixante dix sept kilomètres carrés ! Un peu plus de trente six lieues carrées ! Vous avez bien lu, très chers confrères ! Et voilà le service gratuit qu'on vous demande !!

Vous croyez peut-être que là se bornent les surprises qui vous sont ménagées ? — Erreur immense ! — Écoutez bien : L'une des circonscriptions établies compte sept médecins. Eh bien ! cette circonscription est confiée à un confrère d'un canton voisin, vieillard plus que septuagénaire, qui n'a jamais mis les pieds dans plus de la moitié des communes de sa circonscription. S'il ne voit les écoles que dans ses tournées de clientèle, on avouera, avec moi, que les prescriptions hygiéniques devront y être bien enseignées et rigoureusement observées ! Et s'il les visite ? — Quel zèle ! Quelle abnégation !

On m'objectera peut-être, qu'il s'agit d'une œuvre éminemment humanitaire et que nous devons y contribuer dans la mesure de nos facultés, que nous ne devons pas laisser en souffrance les services administratifs, que la reconnaissance publique nous sera acquise... etc. ; et combien d'autres belles phrases encore !

Sans doute, nous devons contribuer, pour notre part, au bien de tous ; mais nous ne saurions admettre que les administrations, quelles qu'elles soient, usent et abusent de nous, ainsi qu'elles l'ont toujours fait. Si on n'a pas d'argent pour payer les tournées des médecins-inspecteurs, pourquoi ne charge-t-on pas chaque praticien de surveiller les écoles qui se trouvent *réellement* dans le rayon *vrai* de sa clientèle *ordinaire*. Les titulaires seraient nombreux, c'est certain ; mais, au prix où on les paie, cela ne chargerait guère le budget, et alors, du moins, la surveillance pourrait être effective et efficace.

Quant au désordre qui pourra résulter, pour les services administratifs, si les médecins désignés actuellement ne remplissent pas leur mission, nous avouons que cet argument ne nous touche guère. Pourquoi sacrifieraient-ils leur temps et leur argent à ce service ? Est-ce que l'administration s'occupe d'améliorer leur situation ? Est-ce qu'elle se charge de l'éducation de leurs enfants et de leur établissement ? Est-ce qu'elle leur assure le nécessaire pour le moment où sonnera l'heure fatale de l'incapacité du travail ? — Et la reconnaissance du public ? — Nous savons ce qu'elle vaut : C'est une monnaie qui ne coûte rien, et qui est encore plus rare que l'argent !

Eh bien ! que fait donc l'Association qui devait tous nous protéger et qui devait suffire, en toutes circonstances, au dire de quelques fanatiques, à tenir haut et ferme le drapeau à l'ombre duquel nous devions nous reposer paisiblement ?

L'Association se tait.

Est-ce par négligence de la part de ceux de ses membres auxquels incombe plus particulièrement le devoir de veiller à tout ce qui intéresse le corps médical ? — Loin de nous une telle pensée !

Est-ce un aveu tacite d'impuissance ? — Alors c'est aux *Syndicats* à agir et ils n'y failliront pas.

Le secrétaire de la commission générale des Syndicats.

Ad. BARAT-DULAURIER
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

II

MÉDECINE ET PHARMACIE.

Restitution et répétition des ordonnances par les pharmaciens.

Cette question est venue en discussion le 9 avril dernier, à la *Société de médecine légale*, à propos d'un jugement rendu par le juge de paix de Saint-Germain-en-Laye, jugement dans lequel cet honorable magistrat reconnaît que *le malade a un droit absolu de propriété sur l'ordonnance du médecin.*

MM. *Rocher* et *Chaudé* déclarent que ce jugement est inattaquable au point de vue légal, étant fondé sur le principe indiscutable que l'ordonnance est la propriété du client.

M. *Mayet* craint que cette restitution ne présente de graves inconvénients, et se demande si la même ordonnance présentée, une seconde fois, chez un autre pharmacien doit être de nouveau exécutée.

M. *Chaudé* pense que la répétition d'une ordonnance ne doit être faite que quand le médecin a écrit : *Répéter* ; car, sans cela, *le pharmacien s'expose à être poursuivi.*

Conformément à l'opinion exprimée par l'éminent jurisconsulte, la 10e Chambre, présidée par

M. Gressier, a rendu, le 2 mai, un jugement qui aura probablement pour résultat de faire réfléchir les pharmaciens sur la responsabilité qu'ils encourent en *répétant* complaisamment l'exécution de certaines ordonnances.

Le tribunal a condamné à *huit jours de prison* et *mille francs d'amende* un pharmacien de Paris, M. Armand Vassy, « convaincu d'avoir, du 21 mai 1881 au 29 octobre 1882, dans l'espace de 516 jours, vendu à la dame Junot, 693 grammes de sel de chlorhydrate de morphine, produit classé au nombre des substances vénéneuses, par livraisons successives de 10, 15, 20, 40, 50, 60, 100 et 110 paquets, au total 3,645, et dont le prix s'est élevé à 1,650 fr. 60 », et de s'être « *contenté, pour délivrer ce médicament en aussi grande quantité, de la présentation de deux ordonnances de médecin, datées de mars et juin* 1881, *lesquelles prescrivaient chacune une dose fixe et divisée en dix paquets*, et timbrées à ce chiffre ».

Le jugement porte qu'en agissant ainsi M. Vassy, a commis une infraction à l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, rendue en exécution de la loi du 10 juillet 1845 : —

Attendu en effet que le pharmacien ne doit délivrer des substances vénéneuses qu'en vertu d'une PRESCRIPTION SPÉCIALE indiquant les quantités et les doses à fournir ;

Qu'il est interdit d'apporter la moindre modification dans l'exécution de la prescription magistrale ni dans sa préparation.

Le mari de Mme Junot, à l'insu duquel ces faits s'étaient produits, et qui, depuis, a dû mettre sa femme dans une maison de santé où elle suit une médication spéciale, nécessitée par son état, s'était porté *partie civile* et a obtenu l'allocation de 2,000 francs de *dommages-intérêts*.

Cet arrêt est doublement important, car, outre qu'il fixe la jurisprudence sur un point souvent contesté entre médecin et pharmacien, il pourrait bien aussi avoir pour résultat de diminuer notablement le nombre des cas de morphiomanie, en enlevant aux morphiomanes la possibilité de se procurer la *précieuse* substance. J.-G.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La pepsine et les alcalins.

Sous le titre : *Contributions pharmaceutiques*, M. Pierre Vigier, pharmacien distingué, publie, dans la *Gazette hebdomadaire*, une série d'études sur la pharmacalogie et la matière médicale, qui sont d'un utile secours pour le praticien. Cependant, à propos des prises de pepsine, nous ne partageons pas du tout la manière de voir de l'honorable pharmacien. Voici, en effet, ce que nous lisons dans le n° 7 de la *Gazette hebdomadaire* : « La pepsine est un ferment digestif, le plus important et le plus sûr au point de vue médical ; mais il ne faut pas oublier qu'elle n'a d'activité que dans un milieu acide. Un grand nombre de corps lui enlèvent ou neutralisent sa remarquable propriété de peptoniser la fibrine : tous les alcalins, par exemple ; il est donc indispensable de la prescrire seule, afin d'éviter toute cause d'erreur. C'est ce qui n'a pas lieu malheureusement, et nous recevons souvent des ordonnances où la pepsine est en contact avec de la magnésie ou du bicarbonate de soude, absolument comme si elle était un produit chimique. Dans ce cas-là, elle ne tarde pas à être détruite, mais n'en a pas moins conservé l'inconvénient d'avoir coûté cher. »

M. Pierre Vigier, cite ensuite, pour les blâmer, deux formules tirées de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, formules dans lesquelles la pepsine se trouve alliée à la magnésie et à la poudre d'yeux d'écrevisse : l'auteur déclare qu'elles seraient très bonnes, « n'était la présence intempestive de la pepsine. » — Pour nous, nous ne trouvons pas cette présence de la pepsine aussi intempestive que le croit l'honorable pharmacien.

Il est certain, que, dans un verre à expérience, où l'on introduit de la pepsine dans un *milieu absolument neutralisé* ou même *alcal* **n**. la fibrine ne se trouve plus transformée en peptone; il serait encore possible qu'il en fût de même si l'on introduisait dans un estomac sain de la pepsine avec une grande quantité de magnésie ou de sel alcalin. Mais les choses se passent différemment dans un grand nombre de cas de dyspepsies : il arrive souvent, en effet, que la pepsine, qui se produit naturellement dans l'estomac, ne s'y produit plus en quantité suffisante, et cela sous l'influence de l'affection même, tandis que, pour la même raison, l'acidité de la sécrétion gastrique est momentanément exagérée. Il ne faut pas oublier que les choses se passent différemment dans le verre du laboratoire et dans l'estomac du malade. Les substances que vous placez *dans le verre* n'y subissent évidemment que l'influence particulière à laquelle vous voulez bien les soumettre; celles, au contraire, que vous introduisez dans *l'estomac vivant* y font naître des actions plus ou moins complexes, dont il ne faut pas négliger de tenir compte si l'on veut raisonner juste. La question qui nous occupe va nous en fournir un exemple frappant. Il est parfaitement logique de n'introduire dans un estomac malade, pour faciliter son travail, qu'une petite quantité de pepsine : 25, 50 centigrammes, un gramme au plus, alors que cette même quantité serait incapable de peptoniser *in vitro* la dizième partie de la fibrine ingérée par le malade ; c'est que la présence de la pepsine dans l'estomac, en si petite quantité qu'on l'y introduise, va solliciter les glandes de l'organe à entrer en fonction et à sécréter le suc gastrique. Mais si, comme nous l'avons dit, le suc gastrique devenu anormal par le fait de la maladie, contenait à la fois, une proportion insuffisante de pepsine et une proportion exagérée d'acide, vous aurez répondu à une des deux indications en sollicitant la sécrétion de la pepsine, andis que, par l'ingestion d'une substance *acide*, vous aurez pris à rebours la seconde indication et le

malade souffrira un peu plus qu'avant le traitement.

Pour obtenir, en pareil cas, un succès complet, il ne suffit même pas toujours d'administrer une *pepsine neutre*, il faut souvent encore ajouter à cette pepsine neutre un peu de magnésie (que nous préférons au bicarbonate de soude), *de façon à corriger l'excès d'acidité du suc gastrique, sans, pour cela, le neutraliser complètement*, comme dans l'expérience à laquelle nous faisions allusion plus haut.

C'est en appliquant cette méthode, qui nous paraît très scientifique, que nous sommes parvenu à guérir, par l'emploi simultané de la pepsine et de la magnésie, certains dyspeptiques qui s'étaient auparavant très mal trouvés de l'usage de la pepsine seule. C'est du reste encore cette méthode que l'on applique, quand on traite les dyspeptiques par les eaux minérales *alcalines* prises au moment des repas.

Les formules rapportées dans la *Revue de thérapeutique* nous montrent, comme nous ne l'ignorions pas du reste, que la remarque que nous avions faite n'avait pas échappé non plus à nombre de nos confrères. Nous sommes heureux de partager avec eux la réprobation dont nos prescriptions ont été frappées dans quelques officines, où l'on a déclaré à plusieurs de nos malades que la pepsine acide était bien préférable à la pepsine neutre et que cette dernière ne s'employait jamais : la preuve, c'est qu'on ne l'avait pas.

D'ailleurs, nous devons le dire, si ces honorables pharmaciens avaient le tort de discuter une prescription magistrale, dont ils ne pouvaient connaître les motifs, au lieu de l'exécuter purement et simplement, ils auraient pu citer des témoignages en faveur de leur dire. Dans ses *Leçons de Clinique thérapeutique*, M. Dujardin-Beaumetz affirme que « la pepsine neutre ou alcaline doit être repoussée complètement de la thérapeutique, puisque la peptonisation n'est obtenue qu'en présence d'un acide. » Telles sont les propres paroles de M. Dujardin-Beaumetz, à la page 405 de son livre (tome 1) ; mais un peu plus loin, page 423, exposant le traitement de la *dyspepsie acide*, il reconnaît que « les alcalins sont parfaitement indiqués » soit sous forme de poudres, soit sous forme d'eaux minérales.

Si donc l'on admet la dyspepsie acide, et nous ne croyons pas qu'il y ait un seul médecin qui en nie l'existence, nous ne voyons pas en quoi il est illogique de chercher à *neutraliser cet excès d'acidité du suc gastrique, tout en s'efforçant de solliciter une sécrétion plus abondante de pepsine.* Dr J. Geoffroy.

***

Danger de l'emploi du Chlorate de potasse chez les enfants.

Le docteur Zuber rappelle, dans le Bulletin de Thérapeutique, les phénomènes toxiques que détermine le chlorate de potasse et que Jacobi, de New-York, signala un des premiers en 1860.

Wegscheider, en 1880, a réuni 30 observations d'empoisonnement par le chlorate de potasse. Cet empoisonnement serait caractérisé par les symptômes suivants :

Au point de vue *symptomatique* :

1° Par des phénomènes *cutanés*: en première ligne, l'ictère généralisé, puis des taches bleues non cyanotiques.

2° Par des symptômes *du côté des reins* : oligurie ou même anurie, sans douleur; urine trouble, d'une coloration spéciale se rapprochant du noir, albumineuse, contenant de la méthémoglobine (au spectroscope) ; sédiment presque uniquement composé de pigment sous formes de mottes brunes ou jaunes.

3° Par une *altérations du sang* de nature encore inconnue; le sang reste liquide, quoique très noir.

Au point de vue anatomique:

1° Par une lésion *des reins* pathognomonique de l'affection. Le parenchyme est intact, à peine un peu de tuméfaction trouble ; les canalicules, bondés de masses cylindriques composées de pigment.

2° Par une lésion de *la rate* et de *la moelle osseuse*, analogue à la précédente. Tous ces organes ont une coloration chocolat extrêmement remarquable et qui avait déjà frappé les premiers observateurs.

Les phénomènes généraux (fièvre, dyspnée, agitation, etc.) n'ont rien de caractéristique, d'autant moins motrice. A haute dose elle diminue, lorsqu'on a généralement affaire à des cas de diphtérie.

Ces faits d'empoisonnement n'ont pas été signalés en France, dit l'auteur, parce qu'on use beaucoup moins du chlorate de potasse ; quoi qu'il en soit il ne faudrait pas dépasser les limites que voici :

Enfant d'un an et au dessus . . . 1g25 par jour.
Enfants de deux à trois ans. . . 2g00 —
Adultes . . . . 6g à 8g —

Le *Concours médical* a signalé en 1881, n° 38, page 472, un grand nombre de cas d'empoisonnement constatés chez des enfants à la suite de l'administration de doses exagérées de chlorate de potasse. Comme le médicamment avait été donné, dans ces différents cas, par des religieuses, nous sommes revenu sur ce sujet dans notre rapport sur la révision de la législation (Exercice illégal p. 239).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DU FINISTÈRE.

Extrait du compte-rendu de la Séance du 15 mars 1883. — Présidence du docteur MORVAN.

Le Président ouvre la séance et fait l'éloge du docteur Chassaniol, membre du Syndicat, enlevé récemment à l'estime et à l'affection de ses confrères.

Le docteur Marion, trésorier, faisant les fonctions de secrétaire, en l'absence du docteur Chalmet, empêché, sur la demande du Président, donne lecture d'une lettre

du Président du Syndicat de l'arrondissement de Fijeac au docteur Morvan. Dans cette lettre, notre confrère l'informe qu'en présence des honoraires dérisoires, alloués actuellement aux Médecins experts, et de l'inertie du parquet vis-à-vis des personnes qui exercent illégalement la médecine, les Médecins syndiqués de l'arrondissement de Fijeac, ont résolu, d'un commun accord, qu'à l'avenir, ils ne répondraient à aucune réquisition du parquet, hors le cas de flagrant délit. Il prie notre Président de lui faire connaître si les Médecins du Syndicat du Finistère seraient disposés à prendre la même attitude vis-à-vis de la magistrature.

La question, mise aux voix par le Président, est résolue par l'affirmative à l'unanimité des membres présents.

Le Président communique ensuite une lettre du docteur Cézilly, directeur du journal le *Concours médical*, faisant part des prétentions élevées par un journal médical, de récente création, prétentions non justifiées, de s'intituler le moniteur des syndicats et revendiquant pour le journal le *Concours médical*, le droit de s'attribuer le titre d'*Organe Officiel des Syndicats*. Le docteur Cézilly demandé aux médecins syndiqués du Finistère leur avis sur la question. L'Assemblée décide que les services rendus à la cause des Syndicats de France, par le *Concours médical*, lui donnaient le droit de prendre cette qualification, à l'exclusion de toute autre publication, et autorise le Président à répondre affirmativement à la question posée par le docteur Cézilly.

L'Assemblée décide qu'un bon à recouvrer sera adressé, par la poste, aux Médecins qui n'ont pas encore payé leur cotisation, et qu'en cas de non paiement, ils seront considérés comme démissionnaires.

Le docteur Marion demande où en est la question de l'assistance rurale, proposée, il y a deux ans, au Conseil général, par M. de Kerjégu. Cette question intéresse vivement tous nos confrères des campagnes, puisqu'elle entraîne, comme corollaire obligé, la fermeture des pharmacies des sœurs, et partant, la répression définitive de concurrence désastreuse faite aux Médecins, au mépris de la loi, par les corporations religieuses.

Le Président répond qu'il n'a encore reçu aucune réponse aux deux lettres qu'il a écrites, à ce sujet, au Préfet du Finistère, comme Président du Syndicat du Finistère et de l'Association des Médecins de l'arrondissement.

Le docteur Marion propose, dans le cas où l'administration départementale ne pourrait pas donner suite à nos légitimes revendications, de s'adresser au Ministre de la Justice, par l'intermédiaire de nos Députés, dont l'influence et la haute situation sont de nature à faire espérer une heureuse et prompte solution de cette question vitale.

Le docteur Morvan est d'avis qu'il y a lieu, en attendant que l'assistance rurale soit organisée, de demander au Préfet la *fermeture immédiate des pharmacies des sœurs* dans toutes les communes limithrophes où nos confrères s'engageraient à assurer l'assistance rurale, aux conditions proposées par la commission dans sa réunion de Quimper du 2 Mars 1882.

L'Assemblée décide que l'ensemble des résolutions adoptées par les Médecins réunis à Quimper, sous la présidence du Préfet, le 2 Mars 1882, sera annexé au au procès-verbal de cette séance et adressé, de nouveau, aux Médecins que la question intéresse, avec prière d'informer M. le docteur Morvan s'ils sont disposés à assurer l'Assistance médicale dans leur Circonscription et dans quelles communes, aux conditions énoncées ci-après. Le résultat de cette enquête permettra au docteur Morvan, Président de la Commission consultative nommée à Quimper le 2 Mars 1882, de répondre aux questions qui lui sont posées, à ce sujet, par le Préfet.

N. B. — Depuis la Réunion du 15 Mars 1883, le Préfet a écrit au docteur Morvan qu'il ne perdait pas de vue la question de l'Assistance médicale.

Dans la dernière séance du Conseil général, le Préfet interrogé à ce sujet par M. Gestin, a promis de présenter un projet complet pour la session d'Août, et a dit qu'une réunion préalable des médecins était nécessaire.

RÉSOLUTIONS ADOPTÉES A QUIMPER.

1o Dans toutes les communes où l'Assistance médicale pourra être organisée, l'exercice illégal de la médecine sera réprimé.

2o Le département sera divisé en circonscriptions médicales. Chaque circonscription sera formée d'un groupe de communes les plus rapprochées de la résidence du médecin ou des médecins.

S'il y a plusieurs médecins dans la circonscription, la liberté du choix sera laissée au malade.

3o La liste des indigents de la commune sera dressée chaque année au mois de novembre.

Elle sera préparée par une commission dont feront partie : le Maire, le Percepteur, les deux premiers Conseillers municipaux inscrits, le Médecin ou un Délégué des médecins de la circonscription.

Elle sera soumise à l'approbation du Conseil municipal, puis adressée au Sous-Préfet, qui la transmettra au Médecin.

Les additions d'urgence à cette liste pourront être faites par le Maire, mais elles devront recevoir la sanction du Conseil municipal.

4o L'indigent devra présenter au Médecin dont il réclamera les soins un billet de visite délivré par le Maire de sa commune.

5o Une liste des médicaments sera établie où ne devront figurer que les remèdes indispensables et les préparations les moins coûteuses.

6o Autant qu'elle le pourra, chaque commune devra se procurer un mobilier médical pour le service des pauvres.

7o Les honoraires des médecins se règleront chaque année. Les mémoires seront envoyés au Sous-Préfet avec les billets de visite à l'appui.

Les allocations votées par le Conseil général et les communes seront partagées entre les médecins *au prorata* des visites et des kilomètres parcourus.

Les consultations données et les visites faites dans le bourg où réside le médecin seront gratuites.

Les accouchements seront payés 10 francs.

8o La fourniture des médicaments admis sur la liste sera faite à prix réduits par les pharmaciens avec lesquels il faudra préalablement s'entendre.

Dans les localités dépourvues de pharmaciens, les médicaments seront fournis par les médecins d'après le même tarif.

9o Il est établi près du Préfet une commission consultative de huit médecins.

A l'unanimité, sont nommés : MM. Morvan, président;

Penquer, Chauvel (père), Coffec, Beaume, Le Bâtard, Dubuisson, Chalmet, secrétaire.

La séance est levée.

Le Secrétaire P. I.,
Dr MARION,
Trésorier, rue de Paris 70.

VARIÉTÉS

A M. Francisque Sarcey.

(Troisième article).

DE L'HONNÊTETÉ PROFESSIONNELLE.

On ne traite pas un ivrogne comme un buveur d'eau, ou les vieillards comme les adultes et les enfants. On ne médicamente pas l'hiver comme l'été; en Angleterre, pays des gros mangeurs, comme en Italie, pays des gens sobres, etc...

Mais nous avons des idées théoriques sur tout cela, et qui sont anciennes. Nous n'avons plus besoin de nous en créer de particulières, en vue d'unifier le traitement, ce qui est antiphysiologique, impossible.

Le vulgaire nous accuse à tort de traiter tous nos malades à l'aide de formules toutes faites et d'un régime toujours le même pour chaque unité morbide. Il y a en effet des médecins de cet acabit : mais ce sont justement les chercheurs de panacées, les esprits à système et à combinaisons, ceux qui enfantent les conceptions utopiques et qui rêvent de guérir ou d'empêcher scientifiquement toutes les maladies.

Ces élaborateurs de quintessence ne sont pas rares. Mais *il n'est science que d'ouvrier*. Il faut avoir tenu, comme on dit, la queue de la poële, pour comprendre l'embarras où l'on se trouve parfois.

M. Sarcey ne s'en doute pas.

Il nous rapporte une histoire d'anglais varioleux, guéri pour avoir sauté du lit et couru la prétantaine en chemise et au froid. Nous savons bien que la chose est arrivée comme il le dit. Sydenham, qui exerçait la médecine à Londres en 1660, écrit en effet que *quelques-uns de ces frénétiques trompant leur gardes, — car les frénétiques ont des ruses merveilleuses, — se sont échappés de leur lit, et se sont exposés, même de nuit, à l'air froid ; d'autres, ayant trouvé moyen d'avoir de l'eau froide, en ont bu à discrétion, et par une heureuse erreur, se sont tirés d'affaire lorsqu'ils étaient absolument désespérés*, (MÉD. PRAT. page 134).

Ces sortes de guérisons s'obtiennent chez les malades qui ont été surchauffés et rendus fous par la fièvre. Mais chacun sait bien que le système des médications incendiaires, des boissons chaudes, des sudations à outrance, est fort en faveur chez les gens du peuple, et qu'il est en opposition avec les idées de l'universalité des médecins.

Ces faits du reste sont exceptionnels : qui oserait régler sa conduite sur des exceptions pareilles ?

Pendant l'été de 1853, je fus appelé chez un bon propriétaire de la campagne dont le fils, âgé de trois ans, se mourait de variole. Je trouvai cet enfant dans un coma profond, dans un état pour ainsi dire apoplectique. Il était couché dans un cabinet exposé à un jour ardent, et chargé de couvertures, avec un édredon pardessus.

L'éruption avait changé d'aspect depuis la veille. Les boutons confluents étaient plats; la figure était blafarde et sans gonflement ; les mains et les pieds, qui avaient repris leur volume ordinaire, n'étaient pas du tout tuméfiés.

Cet enfant n'avalait plus les tisanes qu'on lui présentait.

J'étais très perplexe. Je voyais là quatre ou cinq commères que je ne connaissais pas, toutes prêtes à commenter défavorablement mon indécision.

Je demandai un peu d'eau fraîche, et j'en fis boire quelques cuillerées au petit moribond, qui parût l'accepter avec empressement; je passai doucement une compresse mouillée sur ses tempes et sur son front brûlants; j'enlevai moi-même l'édredon et plusieurs couvertures, je fis aérer la chambre, etc. ; Bref, je quittai le malade, assez préoccupé, sans rien prescrire d'autre, en disant que je reviendrais.

On se borna donc à continuer les boissons fraîches, les seules que l'enfant pût accepter.

Le lendemain, je revis mon petit homme qui buvait l'eau avec avidité. Sa figure et ses mains avaient repris une tuméfaction de bon augure. Il guérit. Il est aujourd'hui maître armurier dans un régiment.

— Et s'il était mort ?

— J'avais préféré, comme le dit Sydenham, mon devoir à ma réputation.

Aussi, quand j'ai conseillé au médecin de mettre à couvert sa responsabilité, ce n'est pas l'indélicatesse professionnelle, ni la lâcheté que j'ai voulu recommander.

Agir contre la règle, quand les circonstances le commandent, ce n'est pas se livrer à la théorie. C'est lancer *son épée à la figure d'un adversaire qu'on ne peut pas* atteindre autrement. Quand on fait cela, on doit avoir le sentiment de la responsabilité qu'on encourt.

Il est facile de concevoir et d'exposer des théories en médecine. Qui n'a pas ses idées et ses plans sur tout ce qu'on voudra ?

Les théories *à priori* ? Mais c'est la plaie de la médecine.

C'est aussi la plaie de la politique.

Qui ne se souvient de ce vieux Scandinave qui rêvait, sous l'empire, de syphiliser le monde pour en finir une bonne fois avec la vérole ?... Attendez un peu. On va voir surgir bientôt des théoriciens convaincus qui, en vue de supprimer la phthisie, l'ivrognerie et la paresse, nous proposeront d'inoculer à la pauvre espèce humaine le bacillus des tubercules et le microbe de tous les vicse.....

Médecins, nous pouvons suivre avec intérêt tous ces essais scientifiques, mais il ne nous serait pas permis de nous y associer trop directement. Nous ne sommes pas tout à fait libres.

Il ne coûte guère aux passagers d'un navire de donner au pilote des conseils pendant la tempête ! Il est facile au soldat, voir au simple goujat d'armée, de rêver des plans d'attaques et de morigéner son général !... Il est plus commode encore aux bonnes gens d'indiquer au médecin ce qu'il doit faire pour sauver ses malades !... Seulement, quelle que soit l'issue de la maladie, dans un cas comme dans l'autre, *les conseilleurs ne sont pas les payeurs*. Le patient d'abord, le médecin ensuite, encourent seuls la responsabilité de l'événement ; l'un, parce qu'il y va de sa santé ; l'autre, parce qu'il y engage sa réputation d'habileté.

La réputation, j'en conviens, c'est peu de chose à côté de la vie. Mais enfin elle a cependant son importance.

M. Sarcey trouve que c'est une considération assez peu relevée. Qu'il me permette à cet égard de ne pas partager son sentiment.

* * *

Quel que soit le point de vue auquel on se place, les essais non motivés ont de sérieux inconvénients et il faut se garder d'en faire abus.

On ne s'imaginerait jamais combien nous sommes obsédés au lit du malade et invités à recourir à des médications aventureuses. Nous sommes aux prises avec un égoïsme épouvanté, quelquefois avec un affolement général.

« Ah ! mon bon docteur, fait le patient, ne me laissez « pas mourir ! Vous n'avez donc pas quelques sirops pour « passer mon rhume ; car si je ne toussais plus, je serais « guéri... Est-ce que vous ne connaissez rien qui puisse « me remettre en appétit ; je sens bien que si je pouvais « manger, je n'aurais plus de mal.....

« Ah ! mon cher docteur, répètent en chœur les assis- « tants, coûte que coûte, sauvez-le. Est-ce que vous ne « lui avez pas encore fait prendre les gouttes de vie du « Dr Himmelspach ? Avez-vous essayé la mixture ana- « leptique du Dr Clifton, etc. ? Cela coûte cher... Mais « plaie d'argent n'est pas mortelle, etc. »

Et ces sollicitations nous sont adressées de bonne foi par l'entourage des malades et quelquefois par les malades eux-mêmes. Il n'y a d'embarrassé que celui qui tient les cordons de la bourse. Les autres en prennent bien à leur aise.

— Cette considération de caisse est mesquine...

— Je ne dis pas non. Mais enfin il faut compter avec elle.

Il y a des médecins qui dédaignent de s'arrêter à ces détails. Ils entrent chez de pauvres gens : Vous ferez prendre au malade soir et matin 3 gouttes de mon élixir parégorique dans un verre de madère. Cet élixir est incomparable ; il coûte cher ! Mais il vaut ce qu'il coûte ?... « Vous n'avez pas un bidet à la maison ? Vous « irez prendre un bidet chez Pingaud ou chez Bonnet. « On ne peut pas se passer d'un bidet, que diable !... « Quand notre malade ira mieux, nous l'enverrons cet « été aux eaux de..... ou de..... ! »

Eh ! malheureux, tout le patrimoine de la famille de ton client y passerait bien vite ! Et après ton malade guéri, de quoi vivront les autres ?

De tout temps la médecine a dû régler ses prescriptions un peu sur la fortune des clients. On avait des baumes exotiques, des préparations de saphyr, d'émeraudes et de grenat pour les grands et pour les riches, *pro magnatibus aut divitibus*. On presentait aux autres, moins riches, des compositions plus simples et les balsamiques du pays. Enfin aux plus pauvres, *qui non sunt solvendo*, qui ne peuvent pas payer, on faisait prendre des herbes cueillies avant la Saint-Jean, les feuilles de rue, le millepertuis, la verveine, etc. ; des choses, en un mot, qui ne coûtent rien, *minus constantia*, — et qui n'en sont pas moins très efficaces.

Un médecin doit donc changer d'allure suivant les circonstances. Il ne peut pas traiter la santé d'un riche comme celle d'un pauvre, ni médicamenter les enfants d'un millionnaire aussi chichement que ceux d'un charbonnier.

Dans certains cas, il y aurait conscience à prescrire, sans nécessité ou sans profit, des nouveautés coûteuses pour satisfaire, au détriment des siens, un misérable dont la mort ne veut pas.

Le médecin doit être le bon conseil de ses clients et les guider au mieux de leurs intérêts ; il doit les soutenir dans leurs maux, alléger leurs peines, entretenir chez eux l'espérance. Mais il aurait tort de ne pas les prémunir contre des illusions ruineuses et décourageantes.

Sans heurter trop brutalement les préjugés, sans nous mettre en travers des superstitions médicales, tâchons de les corriger peu à peu et évitons en tout cas de nous y associer. L'esprit de tolérance n'exige pas qu'on aille jusque-là.

Il serait donc parfois déraisonnable, pour satisfaire le caprice des malades, d'essayer des nouveautés coûteuses, au risque de faire dépenser beaucoup d'argent sans aucune espèce d'utilité.

— Cependant, si l'on n'avait pas essayé le salicylate de soude contre les douleurs rhumatismales et les bromurss contre les convulsions ?.....

— Cette objection prouverait qu'on nous a mal compris. Nous avons combattu l'empirisme et l'esprit d'aventure, la médecine du casse-cou et celle qui rompt trop brusquement avec la tradition ; mais nous n'avons jamais eu la pensée d'interdire une sage expérimentation.

Nous dirons donc pour conclure :

Jeunes médecins, qui voulez exercer dignement l'art de guérir, éviter le scepticisme haïssable et les découragements ; mais n'ayez pas non plus l'enthousiasme trop facile : *à novis curationibus cavendum!*

Dr A. Perron, *(de Besançon)*.

NOUVELLES

— Le concours pour la nomination à deux places d'*accoucheurs du Bureau central* s'est terminé lundi soir par la nomination : en première ligne, de M. le docteur Maygrier ; en seconde ligne, de M. le docteur Bar.

Les questions données à ce concours ont été. :

1° Question écrite : vaisseaux sanguins du rein, fonction du rein ;

2° Epreuve orale : *a*. De l'inversion utérine dans l'état perpuéral ; *b*. Diagnostic et traitement des ruptures utérines ;

3° Epreuve chirurgical (opérations) : *a*. Amputation du pouce, *b*. Ligature de l'artère humérale à sa partie moyenne.

— *Concours de l'adjuvat*. — Le concours est terminé. Le classement des candidats a lieu dans l'ordre suivant : 1er M. Metaxas ; 2e *ex æquo*, MM. Assaki et Boiffin ; 4e M. Phocas ; 5e M. Damalix ; 6e M. Hamonic ; 7e M. Festal ; 8e M. Barbulée.

NÉCROLOGIE

Nouv avons le regret de faire part du décès de M. le Dr Barry, de *Viverols*, (*Puy-de-Dôme*), père de notre excellent collaborateur, M. le Dr *Barry*, de *Royat*. M. Barry avait exercé 45 ans la médecine, et sa mort a été un deuil public pour tout le canton de *Viverols*.

Nous avons également le regret de faire part du décès de deux membres du *Concours Médical*, MM. le Dr Froment, de *Sillans*, qui faisait partie du Syndicat de Voiron (Isère), et de M. le Dr Carlier, de *Charleville*, (Ardennes).

Le Directeur-Gérant A. CEZILLY

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

19 Mai. 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 20

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Panas* avait élevé quelques objections au sujet de l'existence de la conjonctivite purulente d'origine purement rhumatismale et demandé si, dans les exemples rapportés par M. Perrin, il ne s'agissait pas en réalité d'une ophthalmie catarrhale qui aurait été précédée, comme cela arrive si fréquemment, de certaines maladies de l'organe de la vision, telles que granulations conjonctivales, excoriations de la cornée, lésions pouvant ensuite donner une forme grave à une conjonctivite vulgaire.

M. *Perrin* cite une nouvelle observation dont il espère que les détails pourront donner toute satisfaction à M. Panas: Il s'agit d'une femme de soixante deux ans, qui n'a jamais eu d'autre affection des yeux que celle qui a succédé de la manière la plus évidente au rhumatisme dont elle était atteinte. Les paupières intactes ne présentaient ni épaississement, ni accolement des cils, ni larmoiement; les granulations, du reste, sont inconnues dans le pays habité par la malade. C'est au dix-septième jour d'un rhumatisme articulaire aigu, contracté par la malade, que se sont manifestés, au moment de la disparition des douleurs articulaires, les symptômes d'une conjonctivite catarrhale qui prit rapidemment la forme purulente. Sous l'influence du traitement, tous les symptômes graves de la conjonctivite purulente s'amendèrent vers le douzième jour, mais la cornée resta grisâtre et ne tarda pas à se recouvrir d'un leucome superficiel.

M. *Béchamp* demande à présenter quelques observations sur les théories microbiennes et, en même temps, à répondre au dernier discours de M. Bouley. Il s'agit, dit-il, de savoir si les doctrines microbiennes sont le résultat de l'application rigoureuse des principes de la méthode expérimentale, et ensuite si, en physiologie et en pathologie, il est permis, dans tous les cas, de conclure de l'animal à l'homme.

Les théories microbiennes supposent que l'air est peuplé des germes de toutes les maladies, germes qui auraient été créés parallèlement aux êtres vivants, hommes et animaux, dans le but de les rendre malades et de les faire périr. Or, il est incontestable que l'on n'a jamais communiqué une maladie proprement dite à un corps physiologiquement sain, avec un microbe pris dans un point quelconque de l'atmosphère. — En second lieu, M. Béchamp déclare qu'il a démontré depuis longtemps que toutes les parties de l'organisme recèlent primitivement des microzymas capables de devenir, par évolution, dans l'état morbide ou dans des milieux variés créés à dessein, les diverses formes bactériennes qu'on a décrites comme des parasites. — En troisième lieu, comme les microzymas peuvent parfaitement pénétrer avec l'air dans les voies respiratoires, si l'atmosphère renfermait des microzymas morbides, la contagion serait la règle, au lieu d'être l'exception.

La réponse de M. Béchamp à la première question qu'il a posée est que les doctrines microbiennes sont plus systématiques que scientifiquement fondées.

Sur la question de savoir s'il est permis d'appliquer à l'homme les résultats des expériences faites sur les animaux, M Béchamp est surpris qu'un savant tel que M. Bouley ait émis une affirmation aussi positive.

Sans s'arrêter aux faits si connus qui nous montrent des animaux supérieurs incapables de prendre certaines maladies propres à l'homme, incapables d'être empoisonnés avec des plantes qui sont vénéreuses pour l'homme, M. Béchamp a rappelé que les organismes buccaux de l'homme : microzymas, bactéries, leptothrix, etc., avaient une action saccharifiante qui n'existait pas dans les mêmes organismes de la bouche du bœuf. L'orateur a étudié comparativement la salive parotidienne pure chez l'homme, le chien et le cheval : Celle du premier fluidifie et saccharifie l'empois avec une grande énergie; celle du second le fluidifie sans le saccharifier; et celle du troisième ne lui fait subir aucune transformation Et cepenpendant la structure anatomique et histologique est identique dans les trois cas!

Enfin, dans un travail tout récent, M. Béchamp annonce la découverte, dans le lait de la femme, d'une zymase qui fluidifie et saccharifie l'empois, avec presque autant d'intensité que la salive humaine, et cette zymase n'existe pas dans le lait de la vache. L'orateur ajoute que cette dernière découverte pourrait peut-être jeter un nouveau jour sur les conditions de l'allaitement artificiel.

Il faut donc se garder d'identifier l'animal à l'homme au point de vue de la physiologie comme au point de vue de la pathologie, et les médecins, ont raison de rechercher dans l'organisme vivant l'origine de la maladie qui, suivant l'expression de Pidoux, « naît de nous et en nous. »

Les accoucheurs des hôpitaux

I

Il y a, en ce moment, des flots d'encre versés dans la presse, au sujet du différend malheureux qui sépare médecins et chirurgiens des hôpitaux d'une part, accoucheurs de l'autre. Les journaux médicaux ne suffisent plus à cette guerre intestine *plus quam civilia bella* : la presse politique est entrée en ligne, et voici même que les belligérants se frappent à coups de brochures et de circulaires, que l'on a grand soin de répandre dans le monde! Vraiment on se croirait revenu au beau (?) temps des luttes homériques entre chirurgiens et barbiers!

Pourquoi donc demander à la presse extra-médicale, et aux gens du monde de s'occuper de nos affaires : ne serait-il pas plus digne de les arranger en famille? La profession médicale n'a rien à gagner à tout ce fracas, elle a beaucoup à y perdre en considération. Il semble que nos confrères aient voulu donner raison à un journaliste (M. Bigot) qui écrivait, il y a quelque temps, dans le *XIXe Siècle* ce que bien des gens pensent sans l'écrire :

« Il y a longtemps qu'on l'a dit : les avocats sont bons confrères et les *médecins sont mauvais confrères*. La chose tient sans doute à certaines traditions, mais elle tient sans doute aussi à certaines conditions venant de l'exercice de la profession même. Les médecins sont, comme l'on dit, « *mauvais coucheurs* ». Ils l'étaient déjà du temps de Molière et tels ils sont restés. Les Académies sont le séjour de la paix, toutes, hormis une seule : l'Académie de médecine. On y échange volontiers des paroles aigres; on y discute sur un ton qui n'est pas toujours celui de la courtoisie; on a même vu des cartels y suivre les discussions. Ceux que les médecins accepteraient le moins volontiers comme juges de leurs actes aussi bien que de leurs doctrines, ce sont leurs pairs. Ils craindraient trop de rencontrer chez eux la partialité et la passion. »

Oui, c'est bien ainsi que l'on nous juge dans le monde : et nous faisons tout ce qu'il faut pour confirmer ce jugement, le débat actuel en est la preuve.

Ce n'est pas que tous les traits, que l'auteur de l'article nous décoche *largâ manu*, nous touchent également. Ainsi quand M. Bigot reproche à l'Académie de Médecine de ne pas être le séjour de la paix, — et du sommeil sans doute, — nous, au contraire, nous prétendons que c'est l'honneur de l'Académie de Médecine et des Sociétés savantes médicales de voir naître dans leur sein des discussions où chacun se passionne pour la recherche de ce qu'il croit être la vérité et le progrès de la science : les Sociétés savantes ne doivent pas être des lieux de repos, ni des compagnies d'admiration mutuelle.

Mais si nous nous applaudissons de voir les discussions scientifiques soulever des passions que nous trouvons parfaitement légitimes, il faut bien l'avouer, nous avons peine à voir renaître, après un si long temps, les discussions entre corporations et confréries. C'est là un anachronisme contre lequel nous devons nous élever de toutes nos forces, surtout dans ce journal qui, depuis cinq

ans, ne cesse de prêcher la concorde et dont c'est le grand honneur d'avoir réussi déjà dans une très large proportion. Ce qui se produit en effet aujourd'hui pour les chefs des différents services des hôpitaux de Paris ne serait plus possible dans un grand nombre de régions, là où existent des syndicats destinés à soutenir non seulement les intérêts matériels, mais encore les intérêts moraux de la profession, puisqu'il rentre dans leurs attributions de trancher tous les litiges qui peuvent surgir entre confrères. En ceci, les praticiens de province ont donné un grand et louable exemple à leurs confrères de Paris.

Quel est donc le sujet du débat? Les accoucheurs des hôpitaux récemment nommés (quatre en 1882, deux en 1883) pourront-ils, dans les concours du Bureau central, siéger aux lieu et place d'un médecin ou d'un chirurgien; en d'autres termes, les accoucheurs sont-ils compétents dans les questions de médecine ou de chirurgie générales? Voilà à quoi se résume tout le problème. Puisque l'on n'a pu le résoudre *à priori*, à l'amiable, ce qui eût été de beaucoup préférable pour tout le monde, force est bien d'avoir recours au raisonnement et le raisonnement ne saurait être autre que celui-ci: Les accoucheurs ayant réclamé, pour arriver aux hôpitaux, un concours spécial, — et nous avons dit qu'ils avaient raison, — ont, par cela même, admis que les concours de médecine et de chirurgie exigeaient des connaissances en pathologie interne ou externe qui leur étaient complètement inutiles et dont ils pouvaient à bon droit se désintéresser. Dans ces conditions, s'ils reconnaissent ne pouvoir, avec des chances égales, faire avec leurs collègues des hôpitaux, acte de candidats, il nous semble qu'ils ont mauvaise grâce à revendiquer le droit de faire acte de juges, avec une compétence égale. Il ne sont ni médecins, ni chirurgiens, ils l'ont déclaré quand il s'est agi de leur faire subir un concours spécial et ils le déclarent encore tous les jours dans leur clientèle, où ils se bornent à exercer l'obstétrique: qu'iront-ils donc faire dans un jury où désormais, et grâce à eux, les questions d'obstétrique ne sauraient plus être abordées?

Nous n'ignorons pas que les accoucheurs vont nous répondre que le jury qui préside à leur concours est ainsi composé: Deux médecins et deux chirurgiens des hôpitaux, et trois accoucheurs ou chirurgiens ayant dirigé un service spécial d'accouchement; et que c'est à titre de réciprocité qu'ils réclament le droit de faire figurer un accoucheur dans les jurys de médecine et de chirurgie. — Ce n'est pas une raison, parce qu'il existe des éléments hétérogènes dans le concours d'obstétrique, pour que l'on doive désirer de voir introduire, dans les autres concours, la même diversité. Il faut d'ailleurs bien remarquer que si le jury d'obstétrique est composé comme nous l'avons dit, c'est qu'au moment où on l'a établi (1881-82) il n'y avait pas d'accoucheurs spéciaux dans les hôpitaux, et actuellement il n'y en a encore que six, dont deux ont été nommés ce mois ci. Quand le nombre des accoucheurs sera plus considérable, il appartiendra aux intéressés de faire valoir leur droit à être jugés par leurs pairs; leur réclamation pourra alors paraître parfaitement légitime, mais actuellement ils ne sont pas encore assez nombreux pour composer même un seul jury.

En raisonnant ainsi, on en arrive à se demander comment des hommes aussi distingués que les accoucheurs des hôpitaux ont été amenés à réclamer pour eux, dès leur première année d'existence, une compétence qu'ils avaient eux-mêmes déclinée, il y a quelques mois: on a fait intervenir en cette affaire des personnalités étrangères au débat qui se seraient assigné pour but de rabaisser la valeur scientifique et morale du corps des hôpitaux, parce qu'elles ne pouvaient s'élever jusqu'à sa hauteur. Nous avons peine à croire à tant de machiavélisme, et nous pouvons bien dire que ce n'est pas en introduisant des hommes, comme les accoucheurs sortis des concours, parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, qu'on arrivera à diminuer le mérite et la dignité de ce grand corps: Loin de là, nous croyons pouvoir affirmer sans crainte de démenti, que si MM. les accoucheurs s'étaient été moins pressés de réclamer une prérogative qu'ils regardent à tort comme un droit, et avaient au moins attendu d'avoir fait leurs preuves, ils auraient bientôt vu leurs collègues des hôpitaux tenir à honneur de se rapprocher d'eux. Quant à ceux qui manœuvreraient, dit-on, dans la coulisse, nous n'avons pas à nous occuper d'eux, puis qu'ils ne se montrent pas.

Pour nous, nous prévoyions, dès l'année dernière, les petites difficultés qui surgissent aujourd'hui, lorsque nous réclamions contre le programme imposé au concours d'accouchement (*Conc. méd.* 1882, n° 3): —

« Il nous est bien permis, disions-nous, de nous demander pourquoi les épreuves éliminatoires contiennent une *épreuve de médecine opératoire identique à celle qui est imposée aux chirurgiens*, puisque l'on désire que les médecins-*accoucheurs* se cantonnent dans leur

spécialité, déjà bien assez vaste d'ailleurs, et n'empiètent pas sur le droit des chirurgiens? C'était du moins l'opinion que nous avions soutenue et qui paraissait réunir la grande majorité des médecins. En étendant ainsi les limites du programme, il nous semble qu'on engage les médecins, qui devront remplir ce même programme, à étendre aussi leurs attributions. Il eût été plus sage, croyons-nous, de s'en tenir à l'obstétrique et à la gynécologie. »

Oui, il fallait avoir la franchise de faire un programme absolument spécial pour un concours spécial, de façon à tracer une ligne de démarcation bien nette entre les accoucheurs et les chirurgiens, il fallait enfin déclarer sans ambage que, tout en ayant des aptitudes différentes et une compétence particulière et limitée, les uns valaient les autres, tant que chacun resterait sur le terrain qui lui est propre. Jamais les demi-mesures ne satisfont personne. Dr J. GEOFFROY.

(*à suivre*).

TRAVAUX ORIGINAUX

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

I

LES DOSES,

Par le Dr A. GASSOT.

Parmi les questions de thérapeutique générale aucune, à coup sûr, ne présente plus d'importance que celle des *doses*. Ce n'est pas tout, pour le médecin, d'avoir fait choix du médicament qu'il opposera à tel ou tel état morbide, il doit encore fixer la dose, régler le nombre des prises et limiter l'espace de temps qui séparera chacune d'elles.

Le problème est plus ardu qu'on ne serait tenté de le supposer: sans parler de la nécessité qu'il y a de s'arrêter à une limite *maxima*, au delà de laquelle les effets toxiques pourraient remplacer les effets thérapeutiques, nous rappellerons qu'en variant les doses d'une même substance, on peut voir ses effets physiologiques non seulement varier d'intensité, mais même parfois différer de nature. Nous ajouterons enfin que les doses varient avec l'âge, le sexe, l'habitude, les divers états de tolérance, le caractère ou la période de la maladie, la susceptibilité individuelle, la constitution médicale ou épidémique. etc... etc.....

Tant de conditions différentes, qui, dans la pratique, s'unissent sur un même sujet, font de la posologie une science toute d'observation clinique, et il n'est pas étonnant que les divers traités de thérapeutique ou de matière médicale se montrent à ce sujet bien insuffisants.

Les doses qu'ils indiquent comme *maxima* et *minima* sont des doses moyennes et, par conséquent, susceptibles d'être modifiées à l'infini: comme le dit presque toujours la préface, au chapitre des considérations générales sur l'art de formuler, c'est au médecin d'apprécier les cas particuliers qui exigeront ces modifications.

Ce mode de faire des traités dogmatiques et des formulaires pourrait donc se justifier s'il était donné plus d'ampleur au développement des considérations générales auxquelles nous faisons allusion; malheureusement les grandes règles de la posologie, qu'on devrait y trouver exposées de manière à servir de repère au médecin lorsqu'il se trouve en présence des difficultés de la pratique, sont traitées d'une manière absolument incomplète et toujours écourtée. Ce n'est donc pas sans raison que des critiques nombreuses se sont élevées contre ce qu'on a appelé la *posologie officielle*.

Mais les critiques ont été plus loin et, en s'adressant à la pratique même des médecins, elles ont dépassé le but. Si l'on prêtait en effet l'oreille à certaines insinuations, on serait tenté de croire que l'immense majorité du corps médical est dépourvue de tout sens pratique, et que faute sans doute de comprendre une révélation nouvelle qu'elle s'obstine à ne point voir, elle est condamnée à une démence incurable.

Nous sommes moins pessimistes et pensons, non sans quelque raison, que l'initiative de nos confrères sait suppléer à l'insuffisance reconnue des manuels.

Si nous nous sommes décidé à réunir dans une même étude les aspects divers sous lesquels la question des doses peut être envisagée, ce n'est donc pas dans le but d'apprendre à nos lecteurs quelque chose de nouveau ; c'est bien plutôt pour résumer avec eux les principes généraux de notre pratique journalière et montrer à certains que, dans les doctrines réformatrices, il ne faut pas nécessairement confondre ce qui est bon avec ce qui est nouveau.

Lorsqu'on administre une substance médicamenteuse à un sujet bien portant, on la voit déterminer dans l'économie une série d'effets physiologiques dont l'ensemble constitue l'action pharmacodynamique du médicament. Ce sont d'abord des effets topiques sur les surfaces avec lesquelles il est en contact et qui se traduisent tantôt par une action directe, immédiate, tantôt au contraire par une action réflexe après intervention du système nerveux. Plus tard, le médicament, absorbé et entré dans le torrent circulatoire, traduira sa présence par d'autres phénomènes qu'on désigne sous le nom d'effets diffusés. Enfin l'action topique initiale se retrouvera plus ou moins semblable à elle-même lors du passage du médicament par les émonctoires qui l'éliminent.

Cette série d'effets s'observe parfois dans son entier; parfois, au contraire, l'un des phénomènes, par l'exagération de son intensité, masque les autres ou les empêche de se produire, de sorte que le médicament peut, suivant les cas, agir d'une

manière sensiblement différente, en apparence tout au moins.

Nécessairement le médecin devait tenir compte de ces différences dans l'action d'une même substance, et rechercher par quels moyens il pourrait se rendre maître de ces variations: or l'expérimentation la plus simple qui se présentait à lui était certainement la modification de la valeur des doses. Rien donc d'étonnant si l'usage tantôt de doses élevées, tantôt au contraire de doses faibles, fut rapidement admis dans la thérapeutique.

C'est généralement par l'usage des doses massives que l'on a commencé et, selon le médicament expérimenté, on a vu qu'il avait la faculté de stimuler, d'irriter l'organisme, ou au contraire de l'affaiblir, de le calmer etc..; aussi, rapprochant l'un de l'autre les médicaments doués de propriétés communes, on a pu les grouper en séries et établir ces classifications qui dominent encore toute la matière médicale. Mais lorsque, dans une même classe, on a pris plusieurs médicaments, on s'est aperçu bien vite qu'outre leurs propriétés communes, ils possèdent des propriétés spéciales différentes pour chacun d'eux. — Ce sont ces propriétés spéciales que mettent en relief les doses faibles.

Prenons les purgatifs, tous jouissent de l'action commune de provoquer les sécrétions et les contractions intestinales. Si on les administre à hautes doses, on n'obtiendra que ce seul effet ou tout au moins cet effet dominera tellement les autres qu'on n'observera que lui. Qu'on réduise les doses au contraire, l'action commune brutale, prédominante, sera réduite à son minimum d'intensité, elle ne pourra plus masquer les effets plus délicats, et on verra se produire l'action propre et spéciale à chacun d'eux dans son entier.

Si donc on veut étudier l'action pharmacodynamique d'une substance quelconque, c'est par les petites doses qu'il faudra débuter, puis l'augmentation successive de ces doses montrera quelles limites on peut atteindre, sans amener dans les phénomènes observés autre chose que des modifications d'intensité. A un moment donné, on verra s'exagérer l'un des effets obtenus, irritation topique ou autre, et cette exagération changer à ce point la scène qu'un examen superficiel pourrait faire croire à une action toute différente. Il faudra donc décrire l'une après l'autre ces deux séries d'effets, et pour éviter toute confusion, on attribuera aux *doses faibles* les premiers, et aux *doses élevées* les seconds.

Sans doute, cette distinction ne peut avoir rien d'absolu : telle dose qui sera très élevée pour un médicament, sera pour un autre une dose faible et même, pour un médicament donné, telle dose sera considérée comme forte ou faible selon la personne à laquelle elle est administrée; mais ces réserves sont trop universellement admises pour que nous ayons besoin d'insister.

Un point sur lequel on est moins d'accord, c'est celui des limites extrêmes; il paraît évident qu'au dessous de certaines doses le médicament cesse d'avoir une action appréciable et qu'au delà de certaines autres, l'action peut devenir toxique : la chose a pourtant été niée. Hahnemann accordait au médicament une puissance d'autant plus grande qu'il était plus divisé et lui donnait en dynamisation ce qu'il lui enlevait en quantité pondérable : c'était là une conception philosophique que rien ne justifiait et qu'il suffit de mentionner au point de vue historique, puisque les homœopathes actuels, s'ils ont gardé l'étiquette, ont eu soin de changer le contenu du sac. On ne discute plus sur l'existence de doses *minima*.

Les doses *maxima* par contre, sont en ce moment fortement attaquées, et certains médecins n'hésitent pas à affirmer qu'il n'existe pas de doses maxima. Tout, disent-ils, est relatif en thérapeutique et l'on doit aller jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet cherché.

Examinons donc la valeur de ce nouveau principe.

Par dose, on entend généralement la quantité pondérable de médicament qui doit être ingérée dans un temps donné. Tantôt la dose est massive et ne comporte qu'une seule prise, tantôt, au contraire, elle est fractionnée en un nombre de prises variable que séparent des intervalles de temps plus ou moins longs.

D'une manière générale on peut dire qu'on met entre l'administration de chaque dose le temps nécessaire pour que la dose précédente ait eu le temps d'épuiser plus ou moins complètement son action : on évite ainsi les phénomènes souvent fâcheux qu'occasionne l'*accumulation de doses ou d'action*. Enfin, ces intervalles se règlent sur la nature du médicament, sur l'importance des prises et sur l'état du malade. Ainsi les substances d'origine végétale ont, pour la plupart, une action rapide, intense, mais fugace — les doses seront généralement fractionnées et les prises données à des intervalles assez rapprochés. Les substances minérales, au contraire, dont l'action est plus lente et de plus longue portée, sont administrées par prises plus élevées et plus éloignées. D'autre part, le médecin tient compte de la résistance que peut apporter l'état du malade à l'action du médicament et rapproche d'autant plus les prises que cette résistance est plus grande.

La question est donc complexe et les circonstances particulières pourront faire varier à l'infini l'importance des doses et des prises, ainsi que les intervalles qui sépareront chacune d'elles. — Mais est-il possible de s'appuyer uniquement sur l'une de ces conditions et de négliger les autres? — Nous ne le pensons pas.

Nous accordons aux résistances morbides que rencontrera l'action pharmacodynamique du médicament, toute l'importance qu'elles méritent, mais nous ne pouvons admettre que, dans la solution du problème qui nous occupe, il ne faille s'inquiéter que de ces résistances.

Nous savons qu'en restreignant les doses, en n'employant que des doses fractionnées on peut diminuer l'importance de l'un des facteurs; le temps nécessaire à l'élimination du médicament se trouve réduit d'une manière notable, et l'on

peut, dans un espace de vingt-quatre heures, par exemple, faire ingérer une somme totale de médicament beaucoup plus importante que ne l'aurait permis l'usage de prises plus élevées. Il y a pourtant toujours une limite qu'on ne saurait franchir sans s'exposer aux accidents de l'accumulation de doses ou de l'accumulation d'action.

Prenons les alcaloïdes pour exemple, puisque c'est au sujet de leur administration que la discussion s'est élevée. Leur action, nous l'avons dit, est violente, mais fugace; il convient donc de les employer à faibles doses et de répéter ces doses à intervalles rapprochés : les doses, relativement massives, administrées à de trop longs intervalles, donnent généralement des effets moins favorables ou même des effets différents. Sur ce point tout le monde est d'accord. Mais comment administrera t-on ces doses? les uns veulent, avant d'administrer une dose nouvelle, que la dose précédente ait eu le temps d'épuiser son action, et même d'être éliminée; les autres administrent les doses coup sur coup, de manière à accumuler l'action du médicament et à produire des effets plus intenses.

Ces deux modes de faire, disons-le immédiatement, ont chacun leur raison d'être : ils donnent des résultats sensiblement différents et seront préférés l'un à l'autre suivant le cas. Ajoutons seulement que le premier suppose nécessairement une dose maxima fixée à l'avance et n'est pas ici en discussion.

Si l'on emploie la seconde méthode, l'intensité de l'action pharmacodynamique ira toujours croissant, et un moment viendra où les phénomènes toxiques apparaîtront, phénomènes toujours redoutables eu égard au mode d'action des alcaloïdes. Si ces phénomènes se montraient toujours dans un ordre déterminé à l'avance et prévu par le médecin, si, au début, ils n'étaient représentés que par ces effets que nous avons désignés sous le nom de physiologiques et s'ils ne devenaient inquiétants que par leur intensité croissante, si enfin ils n'apparaissaient qu'au moment où l'action thérapeutique se trouve épuisée, l'administration jusqu'à effet pourrait se justifier : Mais ces conditions aussi diverses que multiples sont loin de se trouver réunies.

Pour justifier cette règle thérapeutique nouvelle, il faut d'abord supposer que l'action pharmacodynamique du médicament prescrit est exactement l'inverse de l'action morbide à laquelle il est opposé — c'est là une condition indispensable pour que les effets physiologiques ne se montrent qu'une fois la résistance morbide vaincue — Or quel praticien osera jamais affirmer cet antagonisme absolu?

Mais admettons un moment qu'il en soit ainsi, il faut encore supposer que les phénomènes d'absorption et d'élimination sont intacts — qui peut répondre de cette intégrité? Et, comme dans ces sortes de questions, nous ne pouvons jamais nous affranchir des conditions pratiques, nous devons encore admettre pour la substance ingérée une foule de qualités que les produits pharmaceutiques sont loin de toujours remplir.

Mais ce n'est pas tout, et le médecin, fût-il sûr que les conditions précédentes sont exactement remplies, ne doit pas oublier que toutes les résistances ne cèdent pas graduellement. On peut, à l'aide de précautions infinies, remplir un vase au delà de ses bords; mais il suffit d'une dernière goutte pour faire déborder le liquide, et ce n'est pas alors cette seule goutte qui s'échappe.

Enfin, et c'est par cette considération terre à terre que nous terminerons, les effets pharmacodynamiques d'un médicament ne sont pas toujours si faciles à saisir qu'ils ne puissent passer inaperçus : et si la chose présente parfois des difficultés pour l'homme de l'art, comment veut-on qu'elle soit possible pour des gens non initiés et parfois ignorants! Quoi! c'est à une garde-malade qu'on confiera le soin de surveiller l'action de l'atropine ou de l'aconitine! Et parce qu'on lui aura appris à compter sur une horloge les pulsations artérielles, on se croira autorisé à lui recommander d'aller jusqu'à effet!

Nous savons ce qu'on va nous répondre : Voyez les faits, nous diront les adeptes de la maxime nouvelle! Vous jugez toxique une dose de *cinquante milligrammes d'aconitine* en vingt-quatre heures..... Eh bien! tel malade les a absorbés, et il n'en est pas mort! Et il avait pris autant de vératrine et de digitaline.

Nous ne comprenons guère que ces *exemples pratiques* puissent donner à ceux qui les citent une telle assurance: c'est sur le terrain pratique qui veulent nous amener, nous les y suivrons.

Et tout d'abord évitons une erreur matérielle dont s'empareraient bien vite nos adversaires. On a tort d'accuser les médicaments dont ils se servent de ne contenir que du sucre; le dilemme de notre ami Geoffroy, « *confiseur ou pharmacien* » est plus humouristique que juste, et les partisans des granules incriminés ont beau jeu de répondre : Avant de les attaquer, goûtez-les donc!

Nos fonctions au *Concours* nous ont amené à faire des granules de fabrications diverses une étude approfondie et prolongée, et nous devons déclarer que jamais nous n'en avons trouvé qui continssent simplement du sucre : toujours il existait une proportion plus ou moins grande du médicament annoncé. Nous admettons donc que le patient auquel on administre des granules d'aconitine, de digitaline, d'atropine, etc... prend réellement de l'aconitine, de la digitaline, de l'atropine.

Est-ce à dire qu'il prend les quantités annoncées? Ceci est une autre affaire, et les études auxquelles nous faisons allusion nous ont montré que, *dans l'immense majorité des granules, le dosage était absolument fantaisiste*. Rien donc ne prouve que tel malade qui a pris cent granules d'aconitine au demi-milligramme ait pris réellement la moitié de la dose d'aconitine annoncée. Nous défions les partisans des *exemples pratiques* d'agir comme ils le font en employant un médicament titré et préparé *ad hoc* avec tous les soins désirables.

Nous récusons donc de la manière la plus formelle les arguments tirés de ces exemples pratiques.

Cette irrégularité de dosage qu'on ne nie pas, mais qu'on s'efforce d'atténuer à la faveur des résultats acquis, devrait pourtant, ce nous semble, dicter la prudence : car si tel granulé qu'on suppose contenir un milligramme de médicament, ne contient parfois pas le tiers de cette dose, tel autre, dans les mêmes conditions et dans le même vase, pourra contenir un milligramme ou un milligramme et demi (1). Est-il donc indifférent, lorsqu'on approche de la limite de la résistance, de donner une prise trois fois moindre ou trois fois plus forte?

Mais, et cela est fort heureux, il existe des préparations pharmaceutiques mieux faites et on peut trouver des médicaments dosés avec toute la rigueur désirable. Le praticien vraiment sérieux ne se laisse pas abuser par des annonces commerciales, il expérimente par lui-même et ne fait on choix qu'à bon escient. Nous n'insistons donc pas.

Nous passerons de même très vite sur la nature et la qualité des médicaments employés : il nous suffit de rappeler que la plupart des alcaloïdes sont encore mal définis et que leur composition, comme leur activité, varie suivant leur provenance ou leur mode de préparation. Nous admettons que le médecin s'est enquis de ces conditions et agit en connaissance de cause ; nous ne nous étonnons que d'une chose, c'est que, dans les exemples pratiques cités, on ne nous dise ni l'origine, ni la nature de la substance médicamenteuse granulée. L'aconitine allemande n'est pas l'aconitine française et les aconitines amorphes diffèrent de l'aconitine cristallisée.

Il faut encore que les granules, forme pharmaceutique sous laquelle sont presque exclusivement administrés les alcaloïdes, soient rapidement solubles, sous peine de les voir, nouvelles pilules perpétuelles, traverser seulement le tube digestif, ou bien s'accumuler dans quelque repli de la muqueuse et risquer, en se dissolvant simultanément, de déterminer des effets foudroyants.

Mais, encore une fois, toutes ces difficultés pratiques heureusement surmontées, il reste toujours à compter avec l'intégrité des fonctions; si l'absorption ne se fait pas, le médicament bien qu'ingéré n'agira pas et sera rejeté dans les garde-robes. Ne serait-ce pas là la cause de l'emploi si fréquent des purgatifs salins dans la doctrine nouvelle ?

C'est à la faveur de la *tolérance* qu'a été bâtie cette théorie de l'administration jusqu'à effet ; mais pour qu'elle pût être sérieusement défendue, il faudrait que la tolérance en question fût toujours identique à elle-même. Or nous sommes en droit de dire aux prétendus réformateurs sans qu'ils puissent nous contredire : Votre tolérance, c'est tantôt à l'inactivité du médicament que vous la devez (que cette inactivité tienne à la mauvaise qualité de la substance première ou à la mauvaise fabrication du médicament), tantôt à l'arrêt des phénomènes d'absorption, tantôt à la résistance créée par l'habitude, ou la résistance spéciale par idiosyncrasie, tantôt enfin à la résistance morbide que vous voulez vaincre. Toutes ces conditions nous en convenons, peuvent dans certains cas se traduire par des effets négatifs apparents, mais elles sont trop dissemblables, pour que vous soyez en droit de les réunir ; vous n'en êtes pas assez maîtres pour pouvoir vous appuyer sur elles. — Nous reconnaissons avec vous qu'il convient de s'arrêter quand les effets cherchés sont produits, quand les phénomènes toxiques se montrent ; mais nous n'admettrons jamais que le silence apparent de l'économie vous soit une raison de poursuivre.

La méthode d'administration coup sur coup, à très bref intervalle, exige plus qu'aucune autre la fixation par le médecin d'une dose qu'en aucun cas on ne saurait prudemment dépasser.

(*à suivre*).

(1) Pour ma part, j'ai des motifs très sérieux de croire que les médicaments en question, étant donné leur mode de préparation (à la bassine), à l'aide d'une température assez élevée et longtemps continuée, ne contiennent mais plus que la dose indiquée, et contiennent toujours moins, infiniment moins.

Ceci explique pourquoi les médecins qui les emploient se trouvent si souvent en présence de malades qui ingèrent des doses nominalement très élevées ; autant qu'il m'en souvient, ils ne signalent jamais de ces idiosyncrasies qui ne permettent pas à un *malade* de supporter une dose tout-à-fait minime d'une substance active. Et ces faits existent : j'en ai observé moi-même quelques-uns à propos de la morphine, de l'atropine, de l'ergotine ; M. G. de Mussy m'a cité un jour et rappelé dernièrement l'exemple d'une dame chez qui deux ou trois gouttes d'alcoolature de racine d'aconit avaient causé des phénomènes toxiques. Enfin, dans un des derniers numéros de la *France médicale*, M. P. Legendre rapporte un curieux cas d'intolérance pour le laudanum de Sydenham à la dose de six gouttes ! J. Geoffroy.

II

LUXATION DE L'ASTRAGALE, AVEC RENVERSEMENT COMPLET.

Par le Dr DEVOISINS (de Rabodanges).

I

On ne rencontre pas tous les jours dans nos campagnes des cas chirurgicaux présentant un certain intérêt, et cela provient en partie de ce que messieurs les rebouteurs les accaparent. Il en sera longtemps ainsi, et nos pseudo-confrères pourront encore goûter d'heureux jours; car, si j'en crois un de mes voisins, l'idée de la création d'un syndicat médical ne gagne pas de terrain dans la région.

Quoi qu'il en soit je dois reconnaître qu'un *ossier* appelé pour soigner le malade dont je vous envoie l'observation, a bien voulu conseiller à la famille de s'adresser au médecin patenté.

Le fait est remarquable, il méritait d'être cité. Je pense qu'il se renouvellera chaque fois que l'artiste, effrayé par un traumatisme considérable, pourra prévoir presque à coup sûr une issue funeste.

Dans ces cas désespérés, mais alors seulement, le rebouteur avoue qu'il y perd son latin, chose facile en somme, comme vous pouvez le penser.

Il y aurait de bien belles choses à dire sur ce triste sujet si les faits n'en disaient pas plus que les paroles.

N'est-il pas démontré que l'Etat nous prend tout et ne nous donne rien en échange? A lui nos frais d'études, à nous le droit d'être rongés par les parasites de la profession.

Nos magistrats, qui ont quelquefois besoin de nous cependant, ne perdent pas une occasion de nous écraser et vous verrez que mon honorable compatriote et maître, le professeur Labéda, de Toulouse, en sera pour ses frais; la cause qu'il défend est vraiment trop simple et trop juste pour pouvoir être gagnée!

Si un tel état de choses doit durer, plutôt mille fois la grande liberté comme en Amérique que cette protection toujours accordée aux délinquants, toujours refusée aux docteurs. Ce système aurait au moins le mérite de la franchise et le public ignorant et crédule se lasserait plus vite du charlatan en liberté que de celui qui peut, comme aujourd'hui, s'insinuer secrètement auprès de lui et se donner les apparences du mystère en attendant celles du martyre.

Je compte, dans les communes que je visite habituellement, dix médecins spécialistes, l'un quitte sa charrue pour combattre la jaunisse, l'autre possède l'art de guérir les panaris, ainsi que peuvent en témoigner une légion de doigts privés de leur phalangette; *les échauffaisons* et les *coups de sang* n'ont pas de secrets pour un troisième....

J'en passe et des plus redoutables.

Ajoutez à cette savante collection deux sages-femmes par village et par hameau, vous aurez une idée nette de la façon dont sont exécutées les lois qui nous protègent.

Dieu nous garde de nous plaindre, nous aurions vécu. — Vienne un syndicat; nous le sollicitons de tous nos vœux, au nom de la liberté, et peut-être alors, et alors seulement, nous pourrons revivre.

En attendant, et profitant de la permission du rebouteur rusé qui, dans la circonstance, a bien voulu me céder le pas, je vous envoie la relation d'un cas assez important.

Cette observation, malgré de nombreuses lacunes, possède, à défaut d'autres mérites, celui de la rareté.

Je n'ai rien trouvé dans mes souvenirs de scolarité, rien dans ma bibliothèque. Ceci s'expliquerait à la rigueur, car mes souvenirs sont déjà loin, et ma bibliothèque, hélas! est bien petite; enfin voilà tantôt dix ans que j'exerce à la campagne et je n'ai jamais observé un cas analogue.

J'ai trouvé dans le recueil du journal de Médecine et de Chirurgie pratique (art. n°3953, année 1850) une observation de M le Dr Charbanon (d'Uzès, Gard) qui offre avec la mienne une lointaine analogie, et c'est tout.

J'ai donc à vous entretenir d'un cas de luxation complète de l'astragale en avant et en dehors, avec renversement sens dessus dessous et rotation de l'os luxé sur l'axe vertical. L'extraction a été pratiquée et la guérison (je veux dire la seule guérison pouvant être obtenue) s'en est suivie.

II. — Observation.

Le nommé Laurent L....., employé au chemin de fer, habitant le village de Ménil-Vin (Orne), est un homme âgé de quarante-neuf ans, d'une taille assez élevée, d'une constitution robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin.

Actif et laborieux, il jouit habituellement d'une bonne santé, et, contrairement aux habitudes locales, il ne consomme que des quantités raisonnables d'eau-de-vie.

Le 26 septembre 1882, vers neuf heures du matin, il venait de charger sur son épaule gauche, un demi hectolitre de blé et, les pieds dans ses sabots, il gravissait les degrés d'un escalier en bois conduisant au grenier.

A une hauteur de deux mètres au-dessus du sol, la marche sur laquelle il portait en ce moment céda sous son poids et il tomba à la renverse au bas de l'escalier sans qu'il ait été possible de préciser sur quels points les pieds avaient heurté: on constata qu'il avait perdu ses sabots en tombant.

Les premières personnes qui accoururent, trouvèrent Legros couché sur le dos, les jambes étendues, et, suivant l'expression d'un témoin, on remarqua aussitôt que *le dessous du pied gauche regardait le pied droit*: du reste, on ne trouva ni plaie ni excoriation.

Malgré la violence du choc, le malade n'avait pas perdu connaissance. Il fut immédiatement porté sur son lit.

Le soir du même jour, un confrère fut appelé et dut faire quelques tentatives de réduction qui restèrent sans résultat. Nous verrons dans la suite qu'il ne pouvait en être autrement.

L'état général était satisfaisant.

Cependant, le pied que l'on s'appliquait à maintenir dans la meilleure position possible, persistait à se déjeter en dedans, et, par un mouvement lent, mais continu, son axe tendait à se confondre avec celui de la jambe, de telle sorte que le talon restant toutefois en dedans, la face plantaire se rapprochait des draps du lit, le cou de pied s'ouvrant de plus en plus en avant.

— Compresses froides — alcool camphré —

Le gonflement prenait peu à peu des proportions plus considérables, et le 1er octobre, cinq jours après l'accident, sur un point situé en avant et en dedans, entre la malléole externe et l'apophyse du cinquième métatarsien, la peau prit une teinte noirâtre.

Peu de temps après, les téguments amincis se déchirèrent, laissant voir une saillie osseuse légèrement convexe qui ne pouvait être que la tête de l'astragale.

Un nouveau confrère visita le malade et essaya de relever un peu le pied qui était devenu comme la continuation de la jambe en ligne droite.

Toutes les précautions d'usage furent prises pour maintenir l'état général dans de bonnes conditions.

Appelé à voir le malade, le 18 octobre, je lui dis que je reviendrais avec son médecin, mais, une circonstance fortuite m'ayant empêché d'être exact au rendez-vous, je ne revis Laurent L... que le 10 novembre.

C'est pendant cette période qu'ayant reçu la visite d'un rebouteur, qui ne toucha à rien, il se décida à se confier à mes soins.

10 novembre. — Etat du malade: — Le pied était toujours dans la même position, le talon tourné

et dévié en dedans, le tarse fléchi et horizontal. L'inflammation était devenue extrême, la moindre pression déterminait des douleurs atroces; la jambe, très gonflée jusqu'au milieu de sa hauteur, avait approximativement un volume double de celui de la jambe droite. — Un abcès venait de s'ouvrir en dedans du tendon d'Achille, il s'en écoulait une matière séro-sanguinolente.

Je n'eus pas un instant la pensée, ou le comprendra aisément, de me rendre un compte exact de ce que pouvaient avoir été les lésions osseuses qu'un tel état de choses laissait supposer; la peau tendue, violacée et brillante cachait toute espèce de saillie; une odeur fétide régnait dans la chambre.

Le malade attendait... Mes confrères avaient proposé l'amputation de la jambe. J'avoue que je ne voyais le salut que dans cette opération. Il fallait opérer, et opérer vite, car la fièvre était là; les fonctions digestives languissaient, le sommeil avait disparu; nous n'avions déjà plus un blessé, mais bien un malade à amputer.

Malheureusement, Laurent L... déclara nettement qu'il ne consentirait jamais à l'amputation; à cela près, il me laissait, disait-il, toute liberté d'action.

La tête de l'astragale était toujours dans la même position, sa surface concave tournée franchement en dehors, et, dans une immobilité complète.

Je proposai l'extraction qui fut repoussée.

Prescription. — Sulfate de quinine 0,60. — Extrait de quinquina. — Rhubarbe. — Vin de quassia. — Injections d'une solution phéniquée dans le trajet fistuleux de l'abcès. — Compresses phéniquées.

11 novembre, soir. — Même situation — nuit très mauvaise — la température s'est élevée. La plaie qui entoure la tête de l'astragale produit une petite quantité de pus. La peau s'excorie sur deux points qui paraissent correspondre à la malléole interne. Vive douleur sur ces points.

Même traitement; injections phéniquées abondantes, pansement des points excoriés avec :

Cérat simple — 20 gr.
Iodoforme — 2 gr.

L'extraction de l'astragale est présentée au malade comme *absolument indispensable*, mais il aime mieux attendre.

14 novembre. — Un nouvel abcès s'ouvre au dessus du premier. Je m'assure qu'il communiquera bientôt avec lui.

Même traitement local; même traitement général.

De nouvelles excoriations sont pansées à l'iodoforme.

La situation s'aggrave jusqu'au 30.

La suppuration devient plus abondante autour de la tête astragalisme, à laquelle il est presque impossible d'imprimer le plus léger mouvement.

L'état général est de plus en plus inquiétant.

10 décembre. — Le malade se décide à laisser faire l'extraction lorsqu'on lui a bien expliqué que, s'il est possible en somme d'espérer la sortie spontanée de l'os pour une époque encore bien éloignée, il est infiniment probable que des accidents terribles, pouvant éclater à tout instant, viendront bien avant cette même époque mettre un terme à ses jours.

13 décembre — Examen de l'astragale. J'introduis une sonde en argent entre les chairs et le col de l'astragale à différentes reprises et en contournant plusieurs fois la saillie osseuse. Aidé, dans cette recherche, par un astragale de cabinet, je remarque bientôt que si j'engage la sonde entre la tête osseuse et la pointe du pied, je me heurte contre la face malléolaire externe et d'autre part je rencontre invariablement une surface articulaire étendue lorsque je passe au dessous de la tête de l'astragale. Ne pouvant croire à la possibilité d'un semblable déplacement je fus cependant obligé de me rendre à l'évidence et d'admettre, dès ce moment, que l'os luxé avait été renversé sur lui-même, que sa face supérieure était bien maintenant inférieure et enfin que, par un mouvement de rotation sur l'axe vertical, la tête était venue se diriger directement en dehors.

14 décembre. — L'os étant saisi fortement au moyen d'un davier, j'exerce une traction progressivement plus accentuée directement en dehors. La résistance assez considérable que j'éprouve ne me paraissant pouvoir provenir que des parties molles, je continue à tirer me disposant à sectionner tout près de l'os les attaches qui auraient pu, contre toute attente s'opposer à son extraction

Après quelques minutes, sans avoir varié en rien la direction première de l'effort, j'obtenais l'os luxé, la face articulaire en bas, dans la position qui avait été reconnue.

La douleur fut considérable, bien que l'agrandissement journalier de la plaie circulaire m'ait permis de ne faire précéder l'extraction que d'une incison de deux centimetres dirigée vers la pointe du pied.

Le malade avait refusé l'anesthesie.

Traitement. — Bourdonnets de charpie très légèrement mouillés au moyen d'une solution phéniquée, dans toute l'étendue de l'excavation astragalienne, après qu'elle a été parcourue par des injections qui me permetttent de m'assurer que l'abcès postérieur ne communique pas avec l'excavation. — Diète. — Sulfate de quinine.

16. — Le malade a mieux dormi; il a mangé avec plaisir, mêmes pansements.

17. — Bonne suppuration dans l'excavation astragalienne.

Après ces trois jours d'attente, je redresse le pied et je cherche à pousser le talon vers la ligne médiane. Cette manœuvre n'a que peu de succès.

18. — Bonne situation, l'excavation n'est déjà plus aussi profonde. Le pus qui s'échappe de l'abcès a meilleur aspect.

La situation s'améliore jusqu'au 27.

Le 28, le pied est placé dans une sorte de boîte ou gouttière à pans droits, exécutée par le menuisier du village et que je fais disposer de telle façon qu'il est possible, au moyen de vis en bois traversant les planches et se terminant à l'intérieur de la boîte par des pelotes de forme appropriée :

1° De refouler le talon en dehors.
2° De redresser le métatarse.
3° De ramener la malléole externe en dedans.
4° De panser librement les plaies à travers des échancrures pratiquées à la scie à main.

Le malade ne se plaint pas d'un certain degré de pression exercée par les pelotes. Son état général ne donne plus aucune inquiétude; le gonflement a beaucoup diminué, le pied a encore une forme bien défectueuse. L'excavation astragalienne ne logerait pas un œuf de pigeon.

3 janvier 83. — On obtient quelque redressement, mais le talon résiste toujours beaucoup. L'abcès postérieur est fermé.

14 janvier. — L'excavation se réduit à une fente de un demi-centimètre de profondeur; la malléole externe qui la domine commence à se dessiner assez nettement. Appétit excellent, bon sommeil

Cicatrisation complète le 9 février sans autre incident.

25 février. — Le blessé commence à marcher avec l'aide de ses béquilles et il appuie même légèrement son pied gauche sur le sol.

En résumé, l'astragale luxé à lui seul et totalement avait perdu ses rapports avec le pied et avec la jambe et venait faire saillie en dehors après avoir quitté sa cavité comme « le noyau d'une cerise que l'on presserait entre les doigts. »

Il m'est impossible de me figurer comment simultanément, ou successivement à un très court intervalle, l'astragale a pu voir se rompre tous ses ligaments, se renverser sur son axe antéro-postérieur, de façon à rendre inférieure sa face supérieure, et enfin, se plaçant franchement en travers, présenter sa tête sur la face externe du pied. Et cependant tout cela est arrivé.

L'extraction de l'astragale a été pratiquée et a confirmé pleinement la position renversée de l'os.

Cette opération a exigé une traction bien plus considérable qu'on n'aurait pu le supposer. Il semble en effet que l'absence de toute connexion organique et le temps écoulé auraient du activer la nécrose de l'os et rendre sa sortie moins pénible.

Je me permettrai en terminant de citer le précieux conseil de Maurice Richard au sujet des fractures de l'astragale :

«.. Sachez attendre et n'amputez qu'absolument contraint. »

J'ajouterai : et encore.. !

Aujourd'hui 12 m rs, Laurent L..., dont le pied est revêtu d'une chaussure, commence à marcher et s'applaudit vivement d'avoir arrêté nos couteaux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

UN CAS DE NON-PRIVILÈGE DES HONORAIRES MÉDICAUX.

M. le Dr V... a donné pendant une année des soins à un négociant séparé de biens d'avec sa femme, et qui dirigeait une maison de commerce au nom de cette dernière; la faillite de la femme a été déclarée, puis quelques jours après, le mari est mort. Le médecin réclame au syndic de la faillite l'admission par privilège de ses honoraires pour soins, tant au mari décédé, qu'à la femme et aux enfants.

Le syndic repousse ce privilège et n'admet le médecin qu'au marc le franc avec les autres créanciers.

Si rigoureux que puisse paraître cette décision, nous la croyons fondée en droit. Le privilège du médecin n'existe, en effet, que pour les frais quelconques de la dernière maladie (art. 2101, code civil). Le syndic n'a qu'à se préoccuper que des dettes de la femme faillie, qui est encore vivante. Les privilèges sont de droit strict et ne peuvent s'étendre au-delà des cas pour lesquels ils ont été établis. Ici, la dette de la femme envers le médecin est une dette ordinaire.

Il serait évidemment de toute équité que les honoraires des médecins fussent dans tous les cas, privilégiés, les fournitures de subsistances par les boulangers, bouchers et autres, le sont bien aux termes de l'art. 2101 du code civil. Le médecin qui soigne rend au moins autant de services que le boulanger qui nourrit. Les deux cas devraient tout au moins être assimilés. Malheureusement il n'en est pas ainsi.

LÉONEL OUDIN,
Conseil judiciaire du Concours Médical.

II

MÉDECINS ET SAGES-FEMMES.

On se rappelle que MM. les docteurs *Labéda* et *Broquère*, présidents des associations médicales de la Haute-Garonne et de Toulouse, se sont émus dernièrement de certaines immixtions, plus ou moins autorisées, dans le domaine professionnel, de la part des sages-femmes; ils se sont adressés à la *Société de médecine légale* (de Paris), afin d'obtenir son avis motivé sur les questions suivantes :

1° *Les sages-femmes ont-elles le droit d'afficher qu'elles traitent les maladies des femmes?*

2° *Les Présidents des associations médicales ont-ils été fondés à appeler sur ce point l'attention du magistrat chargé de la police des voies publiques?*

C'est M. *Chaudé*, qui a été chargé par la Société d'examiner ces deux questions.

A la première, M. Chaudé répond que les sages-femmes, par des études spéciales et limitées auxquelles on les oblige, ont seulement le droit de pratiquer les accouchements qui se présentent dans les conditions ordinaires. Leur mission est limitée à ce qui précède, accompagne ou suit la parturition.

Une sage-femme qui sort de ces attributions commet incontestablement le délit d'exercice illégal de la médecine et peut être poursuivie pour ce fait. Si elle affiche qu'elle traite les maladies des femmes et qu'en réalité elle ne le fasse pas, elle trompe le public.

Quant à la seconde question, M. Chaudé dit que tout individu a le droit de signaler un acte délictueux, ou de porter plainte au procureur de la République, ou bien encore d'assigner l'auteur du fait, soit par devant le tribunal correctionnel, soit par devant le tribunal civil.

Les poursuites peuvent êtres faites au nom de chacun des membres d'une Société médicale quelconque, mais, pour être recevables, il est essentiel qu'elles soient faites individuellement.

MM. *Pénard* et *Laugier* font observer que des faits semblables à ceux que signalent les médecins de Toulouse, sont très fréquents dans les grandes villes, surtout à Paris.

M. *Léon* ne pense pas que l'annonce seule de traiter les maladies des femmes, constitue un délit; à cette annonce il faut joindre le fait de la pratique elle-même; c'est ce fait seul qui est délictueux.

M. *Chaudé* croit que la sage-femme a le droit de mettre sur un tableau qu'elle traite les mala-

ladies des femmes ; mais en agissant ainsi et bien qu'elle ne soigne pas ces maladies, une sage-femme trompe le public en faisant croire qu'elle possède certaines capacités légales dont, en réalité, elle est absolument dépourvue.

M. *Rocher* dit que tout ce qui n'est pas défendu est permis. Or, la loi ne donne aucun moyen légal de s'opposer à l'inscription signalée et aucune sanction contre ce fait.

M. *Pénard* juge que, d'après les membres du barreau qui viennent de parler, on peut annoncer qu'on commettra un délit et ne pas le commettre. Dès lors, il serait bon que le rapport fût rédigé en conséquence, afin que les médecins de Toulouse fussent parfaitement renseignés par la Société.

M. *Boudet* pense aussi que l'annonce faite par une sage femme qu'elle traite les maladies des femmes ne constitue pas un délit; la pratique seule du traitement est délictueuse.

M. *Léon* ajoute que, pour commettre un délit, il faut avoir fait quelque chose que la loi punit. Or, l'annonce faite sur un tableau par une sage-femme qu'elle traite telle ou telle maladie, ne tombe sous le coup d'aucun article de loi.

M. *Brouardel* estime qu'il ne faudrait pas engager les médecins de Toulouse dans des démarches dont le résultat ne serait pas favorable. Il vaut mieux leur dire la vérité et leur exprimer, au nom de la Société, le vif regret que la loi n'ait pas prévu le fait qu'ils signalent. En conséquence, il y a lieu d'ajouter au rapport de M. Chaudé un paragraphe qui exprime l'opinion qui vient d'être émise et qui paraît être l'avis de la majorité.

Le rapport de M. Chaudé, mis aux voix, est adopté à l'unanimité avec addition d'un paragraphe portant en substance :

La Société pense que la loi ne s'oppose pas à ce que les sages-femmes affichent qu'elles traitent les maladies des femmes : mais la loi défend expressément aux sages-femmes d'exercer la médecine, en dehors de la pratique des accouchements.

Le bureau et la commission sont chargés de cette rédaction supplémentaire. La *Tribune médicale* fait suivre cette discussion des réflexions suivantes auxquelles nous croyons devoir nous associer :

Tout en nous inclinant devant la consultation des hommes d'une si haute compétence que celle des honorables membres de la Société de médecine légale, nous nous permettrons une simple remarque : *Qui veut la fin veut les moyens, et qui emploie les moyens veut la fin*; si la sage-femme affiche qu'elle traite les maladies des femmes, c'est apparemment avec l'intention formelle de les traiter; est-ce que l'intention si bien exprimée ne suffit pas ici pour constituer le délit, et n'est-ce pas de ces espèces qui entrent dans celle dite « L'intention de nuire? » L'affiche indique le délit puisqu'elle y conduit fatalement. La solution de la Société est une solution, à la vérité, peu compromettante, mais elle ne résout rien, et c'est ainsi qu'en matière de délit professionnel, nous continuons à rester dans le vague indéfini..... et le triste *statu quo*.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA GIRONDE.

Le département da la Gironde a vu successivement se constituer les syndicats de Coutras, de la Reole, du Médoc et enfin, dans ces derniers temps, celui de la partie suburbaine de l'arrondissement de Bordeaux. Ces syndicats que, jusqu'à ce jour, aucun lien ne réunissait entre eux, avaient désigné des délégués dont la mission était de s'entendre sur un projet de syndicat départemental formé par l'agrégation des divers syndicats locaux. La nécessité de cette fédération a été admise sans discussion, et les membres de la reunion, tenue le 10 de ce mois, ont bien voulu me confier l'honneur de rédiger un projet de réglement dont les bases ont eté arrêtées d'un commun accord. Chaque association locale doit conserver son autonomie et son réglement particulier. Le syndicat départemental devra avoir plus spécialement pour mission de poursuivre, près des autorités compétentes, les reformes dont l'utilité aura été reconnue par les differents groupes. Agissant au nom des médecins du département, son action sera plus puissante, son autorité morale plus imposante et plus efficace. Aussi avons-nous l'intention de n'apporter aucun retard à la solution d'une question à laquelle le corps medical du département est tout entier interessé.

Une reunion du syndicat suburbain de l'arrondissement de Bordeaux a été tenue à l'issue de la precedente. Je laisse à l'honorable secrétaire le soin d'en rendre compte : je voudrais aussi me taire au sujet du splendide banquet qui réunissait, plus tard, les membres de ce syndicat et les délégués auxquels avait bien voulu se joindre un des plus aimés et des plus sympathiques représentants de la presse medicale bordelaise, M. le Dr Lande, professeur agrégé de la Faculté. Il appartient à l'honorable secrétaire de rappeler les toasts qui ont été portes. Mais je ne puis résister au plaisir de dire que le *Concours médical* et son honorable directeur ont été l'objet tout particulier des plus chaleureuses manifestations. Qu'il me soit permis, au nom du *Concours*, d'adresser les plus vifs remercîments à tous et surtout à MM. les Drs Lasalle, Président du syndicat de Bordeaux et Caussade, Président du syndicat de Coutras, pour les bonnes paroles qu'ils ont prononcés. Merci également à M. le Dr Lande qui a bien voulu nous promettre son précieux appui et qui s'intéresse profondement à toutes les graves questions professionnelles qui s'agitent depuis quelque temps dans le corps medical.

Les causeries se sont prolongees fort avant dans la soirée. De vieux camarades qui ne s'etaient pas rencontrés depuis vingt-cinq ans, ont renoué connaissance avec une émotion bien légitime. Les jeunes ont apporté la note gaie de leurs esperances et de leur confiance dans un avenir meilleur. La plus franche, la plus cor-

diale confraternité n'a pas cessé, un seul instant, de présider à cette réunion intime. Pour moi, j'en ai rapporté la conviction plus profonde encore que jamais que les Syndicats répondent à un besoin impérieux du moment, et qu'ils nous rendront, à l'avenir, les plus grands services S'il s'était trouvé, parmi les convives, quelques hésitants, nous avons la certitude que toute hésitation est actuellement levée et que tous sont les chauds partisans de l'œuvre nouvelle.

Si les adversaires systématiques de l'œuvre, ceux surtout qui la calomnient, avaient pu être témoins de cette délicieuse fête de famille, ils auraient compris que toutes leurs résistances sont inutiles, et que, grâce aux Syndicats, la confraternité et la solidarité ne seront plus désormais de vains mots.

Le vice-Président du Syndicat de Coutras, Secrétaire de la Commission générale des Syndicats,
Dr Ad. Barat-Dulaurier,
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

II

SYNDICAT DE LA RÉGION DE LA SEUDRE (CHARENTE-INFÉRIEURE).

Monsieur le Directeur,

Notre Syndicat est constitué depuis le 1er mars. Votre généreuse initiative nous a puissamment aidés à organiser notre association dont le résultat le plus immédiat sera de resserrer nos liens de confraternité et de constituer une puissance collective dont l'action se fera de plus en plus sentir.

Presque tous les confrères de la région ont répondu à notre appel: vos formules ont été le mot de ralliement, et sur trente-cinq convocations, nous comptons aujourd'hui vingt-huit adhésions. Nos statuts sont établis d'après le modèle du *Concours*; ils n'ont subi que peu de modifications. Je vous enverrai un exemplaire aussitôt leur impression.

Permettez-moi, Monsieur le Directeur, de vous exprimer, ainsi qu'à vos collaborateurs, notre bien vive reconnaissance pour le désintéressement avec lequel vous avez pris en main la défense du grand public médical, en lui indiquant le moyen de tenir une place honorable et proportionnée aux services rendus.

Votre talent et votre persévérance à défendre notre cause méritent toutes nos louanges, et tous nos remerciements.

Agréez, etc... *Le secrétaire du syndicat,*
Dr Th. Rigaud.

Composition de la Chambre syndicale pour l'exercice 1883.

Dr Brisson, *président*. — Dr Mauny. *vice-président*. — Dr Th. Rigaud, *secrétaire-trésorier*. — Dr Dubois, *secrétaire-adjoint*. — Dr Sallaud, Dr Moinet *syndics*.

Membres du syndicat: MM. Chauvet, Guément, Bonarm, Bobrie, Robert, Monnerot, Chapparre, Sostrat, Sabourin, L. Réjou, Verger, Moré, Aubouin, Faneuil, Picard, Tourtelot, Mazières, Dubreuil, Chavanon, Collinet, De Fauchsr de la Ligerie, Papillaud.

III

SYNDICAT DE BOULOGNE-SUR-MER.

Monsieur le Directeur,

Je suis heureux d'avoir à vous faire part de la constitution d'un syndicat dans l'arrondissement de Boulogne-sur-mer. Une première réunion a eu lieu cet après-midi. Dix-sept medecins avaient répondu à la convocation de monsieur le Dr Joseph Gros, *président de notre société locale*. C'étaient messieurs :

Cuisinier, Gigot, *de Saint-Pierre-les-Calais*; — Loppe, *de Marquise*; — Deherdin, *de Samer*; — Caron, *du Portel*; — Brousse, *de Saint-Etiennne*; — Sioppin, *de Desvres*; Joseph Gros, — Delaunoye, — Dutertre, — Filliette, — Bourgain, — Deseille, — Houzet, — Biencourt, — Ovion, — Aigre *de Boulogne*.

Après une chaleureuse allocution dans laquelle M. le Dr Gros rappelle la part considérable qui revient au *Concours* et à son éminent directeur dans ce grand mouvement qui entraîne vers l'association syndicale tous les membres de notre confrérie, la présidence de la réunion fut offerte au Dr Cuisinier, doyen d'âge; puis on passa à la discussion des articles, des statuts qui sont conformes aux modèles donnés par le *Concours*..

L'ensemble en ayant été adopté à l'unanimité, on décide de faire un nouvel appel à tous les praticiens de l'arrondissement et de les convoquer à une nouvelle séance qui a été fixée au dimanche 27 mai. Puis on procéda à la constitution provisoire du bureau, et les voix se portent sur MM. Cuisinier, *Président*; — Jos. Gros, *Vice-président*; — Dutertre, *Secrétaire-trésorier*.

Ces choix sont excellents, et nul doute qu'ils ne soient ratifiés et sanctionnés d'une façon définitive dans notre prochaine réunion où nous avons la certitude de compter un nombre d'adhérents beaucoup plus grand qu'aujourd'hui.

En attendant, l'œuvre est fondée. Elle existe, et nous ne tarderons pas à en ressentir les heureux effets.

Veuillez agréer, etc. Dr X.

IV

SYNDICAT DE L'ALLIER.

Monsieur et très honoré confrère,

Secrétaire d'un syndicat naissant, je tiens à vous en faire connaître la formation.

Voici la composition du syndicat :

Président : Dr Gouraincourt, a Franchesse.

Secrétaire : Dr de Lamallerée, Dr Forichon, de Le Montet-aux-Moines. — Dr Chery, Buxière — Dr Carnat, Dr Prevost, Dr Regnault, de Bourbon-l'Archambault.

Off. : Garnier, Ygrande d'Allier. — Dr Bollard, Souvigny. — Dr Leblanc, Saint-Pourçain. — Dr Delaume, Cosne-sur-l'Œil. — Dr Groslier, Montmarault. — Dr Sadrain, Hérisson.

Veuillez agréer, etc., Dr de Lamallerée.

Le Directeur-Gérant A. Cezilly.
Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

26 Mai. 1883 — Organe officiel des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — No 21

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Bourdon* communique à l'Académie un nouvel exemple d'*atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre.* Il s'agit d'un ancien militaire ayant subi, il y a quarante ans, la désarticulation du bras gauche, et qui a succombé, en trente-six heures, à une congestion méningo-encéphalique. Jusque-là, il n'avait éprouvé aucun accident cérébral et, néanmoins, pendant les dernières années de sa vie, le membre inférieur correspondant au bras amputé, s'était peu à peu paralysé.

A l'autopsie on trouve, sur l'hémisphère droit du cerveau, un affaissement notable de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Le ventricule latéral du même côté est considérablement agrandi, surtout au niveau de la circonvolution affectée, ce qui dénote une atrophie très étendue de la substance blanche sous-jacente. Le corps strié voisin présente une dépression à sa partie moyenne et la couche optique est légèrement aplatie dans le sens vertical.

Sur des coupes horizontales du bulbe et de la protubérance, on constate que le raphé médian est oblique de gauche à droite, et que toute la portion de substance nerveuse qui est à droite de ce raphé est très notablement atrophiée.

L'hémisphère droit pèse 31 grammes de moins que le gauche.

Ce fait, ajouté aux six autres déjà réunis par M. Bourdon, démontre que l'amputation ou l'arrêt de développement d'un membre amène consécutivement une atrophie de la zone motrice du cerveau en avant et en arrière du sillon de Rolando. Il prouve, de plus, que cette lésion, par défaut d'activité fonctionnelle, ordinairement bornée à l'écorce cérébrale, peut s'étendre secondairement à la substance blanche sous-jacente, au corps strié, à la couche optique, et à la moitié latérale de la protubérance et du bulbe.

Enfin, un fait complètement nouveau semble ressortir de cette observation, c'est l'apparition de la paralysie de la jambe du même côté que le bras amputé.

Selon l'auteur, cette paralysie survenant graduellement et sans aucun symptôme cérébral pourrait être attribuée à la propagation de l'atrophie.

M. *Lagneau* donne lecture d'un intéressant mémoire de démographie intitulé : *Dépeuplement et décroissance de la population de certains départements de France.* Malgré l'accroissement, d'ailleurs minime, de notre population, en général, vingt-six de nos départements, de 1836 à 1881, ont vu leur population partielle décroître de 7,05 p. 100. Ce sont les départements des Basses-Alpes, de l'Orne, de l'Eure, de la Haute-Saône, du Calvados, de la Manche, du Tarn-et-Garonne, du Gers, du Lot-et-Garonne, du Cantal, du Jura, de la Meuse, de l'Ariège, des Hautes-Alpes, de la Sarthe, de la Mayenne, du Puy-de-Dôme, des Hautes-Pyrénées, des Basses-Pyrénées, du Lot, d'Eure-et-Loir, des Vosges, de Vaucluse, de la Côte-d'Or, de la Haute-Marne, de la Somme.

Sur ces vingt-six départements, huit seulement accusent un excédent de la mortalité sur la natalité, vingt-cinq présentent un excédent de l'émigration sur l'immigration. Cet excédent tient principalement à l'abandon de ces départements par les ruraux se portant vers les grandes villes.

Au point de vue démographique, ce déplacement de la population est éminemment regrettable, car, dans les centres urbains, la natalité, et surtout la natalité légitime, est faible, et la morbidité et la mortalité sont considérables. Ce déplacement des ruraux vers les villes n'est que trop souvent favorisé par des emprunts, par des budgets municipaux exagérés, par des travaux publics nombreux, par des salaires très élevés.

Les accoucheurs des hôpitaux.

II

Dans un précédent article, nous avons exprimé notre opinion au sujet de la querelle qui divise les accoucheurs et leurs collègues des hôpitaux; nous avons surtout insisté sur les inconvénients qu'il y avait pour le corps médical à livrer ses petites dissensions en pâture à la presse politique.

Laissons donc là ce malencontreux débat, et puisque MM. les accoucheurs des hôpitaux sont sur la sellette, profitons de la circonstance pour rechercher si la création nouvelle a produit tous les résultats cherchés : ce qui nous a toujours préoccupé en effet dans ce journal, où les questions de personnes ne sauraient intervenir en aucun cas, ce sont les questions d'humanité et d'enseignement.

C'est — on se le rappelle dans un double but que nous avons demandé ici la création des services spéciaux d'accouchements: 1o dans l'intérêt des malades qui exige qu'on ne les confie qu'à des hommes compétents; 2o dans l'intérêt de l'enseignement qui, avec l'ancien système de services d'accouchements annexés à des services généraux de médecine, était complètement négligé.

Sur le premier point, la réponse n'est pas douteuse, l'institution nouvelle a été des plus favorables et nous n'avons plus entendu formuler aucune plainte : il n'en est malheureusement pas de même sur le second point.

Il paraît que les nouveaux chefs de service — il y en a un, au moins, pour lequel la chose ne fait point de doute — interdisent l'entrée de leurs salles à toute personne étrangère au service, sous prétexte de soustraire leurs accouchées aux dangers de la contagion. C'est là, nous dira-t-on, une question d'humanité : mais, est-ce que l'enseignement n'est pas aussi une question qui intéresse l'humanité? N'importe-t-il pas à la société que les médecins qui sortent de l'Ecole aient appris les accouchements à l'hôpital, avant d'avoir à les pratiquer dans leur clientèle? Si le professeur de Clinique d'accouchements, si les chirurgiens raisonnaient comme les accoucheurs, c'en serait fait de l'enseignement. Il ne faut jamais se laisser aller à l'exagération, et la *Sagesse des nations* nous apprend que souvent la crainte d'un mal nous jette dans un pire. N'y aurait-il pas moyen de donner satisfaction à tout le monde?

Nous lisions dernièrement qu'à la Maternité M. Tarnier imposait à ses sages-femmes des précautions de propreté et de désinfection qui nous paraissent très heureuses et aussi très suffisantes. Pourquoi les accoucheurs ne les imposeraient-ils pas strictement à toute personne qui voudrait entrer dans leur service pour suivre la visite et examiner les malades? Nous sommes loin, en effet, de trouver mauvais que l'on fasse tout ce qui est possible pour diminuer la mortalité dans les Maternités; mais il faut bien tâcher de concilier les intérêts des malades et ceux des étudiants qui ne sauraient être séparés des premiers, pour ceux qui voient les choses d'un peu haut. Comment les accoucheurs actuels auraient-ils appris leur profession, s'ils s'étaient trouvés en présence de règlements comme ceux qu'ils prétendent établir? Ces règlements seraient, nous a-t-on affirmé, si étroits, que l'Interne de garde à l'hôpital, n'aurait lui-même pas le droit d'entrer dans le service pour porter secours à une malade, prise, par exemple, d'une hémorrhagie grave, et qu'il devrait la laisser mourir plutôt que de s'exposer à lui communiquer une contagion dont il ne porte probablement pas le germe sur lui!

Si tous les services sont soumis au même règlement que le service auquel nous faisons allusion, il faut avouer qu'au point de vue de l'enseignement les choses sont dans une situation encore plus mauvaise qu'auparavant. Chaque service, comprenant environ 5 ou 6 Externes et 1 Interne, se trouve donner tous les ans l'enseignement à 6 ou 7 personnes au plus, aux dépens de tous les étudiants. Ce n'est pas là ce que nous avions demandé et nous espérons que MM. les accoucheurs ne tarderont pas à mieux comprendre les besoins des élèves. — Pour nous, nous désirerions savoir, afin de les indiquer aux intéressés, quels sont les services où ils sont admis à venir suivre

les visites, en se conformant, bien entendu, aux précautions que le chef croira devoir leur imposer.

Dr J. GEOFFROY.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'HYSTÉRIE VISCÉRALE (*fin*).

A. — Des hématémèses hystériques.

C'est une manifestation assez fréquente et for utile à connaître de l'hystérie. Elle est une cause de vive frayeur pour les malades et leur entourage; il importe donc d'en savoir faire le diagnostic, puisque le pronostic est, en pareil cas, relativement bénin, bien différent de celui qui entraîne la constatation de vomissements de sang liés à une affection ulcéreuse de l'estomac ou à une maladie générale de nature infectieuse.

M. Rathery (1) les distingue en trois catégories. — Tantôt les hématémèses remplacent les règles absentes; elles sont dites supplémentaires ou vicariantes. Tantôt elles coïncident avec les règles qui sont peu abondantes (hématémèses menstruelles ou complémentaires). Tantôt, enfin, elles sont absolument indépendantes de la menstruation qui est régulière et normale, elles surviennent en dehors des époques menstruelles, le plus souvent à la suite d'attaques convulsives.

Cette dernière variété comprend également des vomissements de sang se reproduisant non seulement chez des femmes hystériques, mais chez des personnes des deux sexes, sujettes ou non à des attaques convulsives, en tout cas affectes d'une névropathie; d'où le nom très général d'hémorrhagies névropathiques qui convient à tous les flux sanguins indépendants de lésions viscérales et causés par des troubles nerveux vaso-moteurs.

Outre la cause prédisposante générale qui est l'état névropathique, les hémorrhagies dont nous parlons peuvent apparaître à l'occasion d'une cause déterminante accidentelle, impression morale, action du froid, traumatisme.

Ainsi une malade observée par M. Huchard, ayant reçu un coup de poing au creux épigastrique, eut deux jours après une hématémèse abondante, suivie d'un grand nombre d'autres. On crut d'abord, dit M. Deniau qui relate ce fait dans sa thèse(2), à l'existence d'un ulcère de l'estomac d'origine traumatique, comme on en a cité quelques exemples. Mais ces hémorrhagies se montraient surtout à l'époque des règles; elles persistèrent abondantes pendant huit mois sans aucune altération de l'état général et elles disparurent un jour sans cause, après avoir défié tous les traitements, pour faire place à des convulsions nettement hystériques. La coïncidence des époques menstruelles avec l'apparition des hématémèses, la conservation de l'embonpoint et d'un excellent état général étaient déjà des présomptions, en faveur de l'origine hystérique de l'accident; l'intervention des crises nerveuses vint les confirmer.

Legroux a vu des hématémèses supplémentaires exister pendant les sept premiers mois de la grossesse chez une hystérique, qui pourtant eut un accouchement facile et régulier.

Les hématémèses hystériques peuvent se produire sans douleur, presque par régurgitation; elles peuvent au contraire être précédées ou accompagnées de douleurs, d'une intensité variablee depuis une simple chaleur au creux épigastriqu, suivie d'un picotement dans la gorge jusqu'à la sensation d'une brûlure ou d'une contusion violente. Très variables aussi sont la quantité, l'aspect, la durée des vomissements de sang. Mais toujours, en général, l'embonpoint est conservé malgré l'abondance ou la fréquence des hémorrhagies. C'est là un caractère d'une importance capitale au point de vue du diagnostic qui est parfois d'une extrême difficulté.

Sans doute, on éliminera facilement les états diathésiques ou infectieux, capables de déterminer des hématémèses, scorbut, purpura hemorrhagica, hémophilie, pyrexies hémorrhagiques. Mais l'ulcère et le cancer de l'estomac, au début, ne doivent être écartés qu'après un attentif examen.

Dans les cas où l'hématémèse alterne avec des vomissements alimentaires, surtout s'il y a de la gastralgie et de la rachialgie — symptômes si fréquents chez les hystériques, — les vomissements de sang n'ont aucun rapport de temps, avec les attaques convulsives ou avec les règles, si elles ne sont pas périodiques, le diagnostic est fort difficile d'avec l'ulcère simple. Alors on devra soigneusement rechercher les localisations précises des douleurs xyphoïdienne et dorsale perforantes de l'ulcère, leur apparition immédiate après l'ingestion des aliments, les signes de dyspepsie ancienne; s'aider de quelques considérations étiologiques, (alcoolisme, brûlure par caustique, mauvaise hygiène alimentaire).

Pour le cancer, l'hérédité, l'âge, le mauvais état général, les données de la palpation, la continuité de la douleur, l'absence d'autres manifestations névropathiques constituent les éléments du diagnostic.

Au point de vue thérapeutique, quand on a lieu de penser que les hématémèses sont supplémentaires des règles, il convient de chercher à rétablir ou à régulariser la fonction menstruelle. Dans le cas d'hémorrhagies purement névropathiques, les préparations d'ergotine, de perchlorure de fer, de quinine, doivent être essayées concurremment à l'application de révulsifs, (vésicatoire, pointes de feu, pulvérisations d'éther), sur la région épigastrique.

L'hydrothérapie est ici, comme dans la plupart des manifestations hystériques, un puissant modificateur. Mais disons, pour n'avoir plus à y re-

(1) Rathery. Union médicale. 1880.

(2) De l'hystérie gastrique. Citée déjà.

venir, que ce moyen ne saurait être prescrit d'une façon banale, comme on le fait trop souvent. Ainsi, il y a des cas, moins rares qu'on ne le pense, où l'*hystérie n'aime pas l'eau froide*, et où une douche trop violente ou trop prolongée détermine l'aggravation des symptômes nerveux: Il convient donc de commencer avec ménagements, par des lavages rapides de tout le corps avec une éponge ruisselante, puis passer à de très courtes douches en pluie et en jet d'eau attiédie, pour arriver progressivement à toutes les pratiques de l'hydrothérapie moderne, à l'eau froide.

b. Tympanite hystérique.

La cavité de l'estomac et celle de l'intestin sont fréquemment distendues par des gaz chez les hystériques.

Cette pneumatose gastro-intestinale peut être passagère, (c'est le cas le plus ordinaire); elle apparaît après les repas, après une émotion ou à la suite d'une attaque convulsive.

Plusieurs opinions ont été mises en avant pour expliquer ce phénomène. Pour certains auteurs, l'air serait ingurgité par des mouvements incessants de déglutition; mais cette explication n'est applicable qu'aux cas où la tympanite apparaît après une attaque dans laquelle se sont produits ces mouvements de déglution à vide, si fréquents pendant les crises convulsives. On a dit encore que les gaz résultaient des modifications chimiques subies par les aliments au contact de sucs intestinaux altérés dans leur composition, hypothèse acceptable pour expliquer la pneumatose de la période digestive. Il est aussi très vraisemblable que, sous l'influence d'un trouble d'innervation des nerfs splanchniques, la tunique musculeuse de l'intestin peut être frappée d'inertie, et se laisser presque instantanément distendre à l'extrême par la poussée des gaz. (1)

Mais la tympanite ne devient vraiment susceptible de faire naître des embarras de diagnostic que quand elle s'est établie à l'état permanent. Le développement du ventre qui en résulte, est tantôt régulier, uniforme; tantôt localisé à certaines régions sous forme de bosselures. Dans le cas de ballonnement général et extrême du ventre, des phénomènes résultant de la compression des organes voisins se montrent sous forme de dyspnée, palpitations, nausées, vomissements, dysurie. La marche en est très variable, d'une minute à l'autre, on peut quelquefois constater des variations énormes. Elle peut guérir subitement, elle peut persister pendant des années.

L'apparition très rapide d'une tympanite aiguë accompagnée d'une entéralgie violente peut donner lieu à une méprise observée déjà plus d'une fois; cette méprise consiste à croire à une péritonite aiguë. C'est la *pseudo-péritonite*, *spurious peritonitis* des auteurs anglais, le *péritonisme* de Gubler. Le tableau clinique est dans quelques cas si accentué que la méprise est facile. « Sous l'influence d'une tympanite considérable, la respiration et la circulation peuvent se trouver entravées au point qu'on a vu le pouls monter à 120 et 140, les mouvements respiratoires à 40 et même à 60 par minute; en même temps les traits s'altèrent, la face pâlit et se décompose, les yeux s'enfoncent dans l'orbite, le nez s'effile de manière à offrir le facies hippocratique. L'erreur dans ces formes suraiguës est presque inévitable; aussi n'est-il pas étonnant, ainsi que Piorry nous l'apprend, qu'on ait parfois appliqué jusqu'à quatre-vingt sangsues et qu'on se soit félicité d'avoir guéri une péritonite qui n'existait pas. »

On a pu encore songer dans certains cas à l'ascite, à des kystes de l'ovaire, à une grossesse; mais la forme du ventre, la délimitation de la matité et du tympanisme, les renseignements anamnestiques, au besoin la ponction capillaire exploratrice ne permettent pas de telles erreurs.

Plus insidieuses sont les *tympanites localisées*, qui peuvent tenir à deux causes, tantôt à la paralysie plus ou moins étendue de la paroi musculaire de l'abdomen qui cède devant la pression de l'intestin et de l'estomac, tantôt à la dilatation d'une anse intestinale dont les deux bouts sont rétrécis par un spasme. C'est ainsi que se constituent ces tumeurs qu'en Angleterre on appelle *tumeurs-fantômes* et qu'en France M. Huchard désigne sous le nom de *pseudo-tumeurs*.

Elles peuvent occuper la région épigastrique, les régions latérales de l'abdomen ou l'hypogastre. Leur forme est mal délimitée, leur volume variable suivant les jours, elles apparaissent et disparaissent, changent de place du jour au lendemain, molles, thympaniques assez douloureuses à la palpation, ne s'accompagnent d'aucun trouble de la santé générale, disparaissent sous le chloroforme, si elles sont dues à la contracture de l'intestin ou par la faradasition du muscle, si elles dépendent d'une paralysie d'un muscle de la paroi.

Il est une autre variété de tumeurs-fantômes dont nous parlerons ici, bien que leur étiologie ne réside point dans la tympanite. Celles-ci sont dues à une véritable contracture locale de faisceaux musculaires agissant pour leur propre compte en dehors du corps du muscle auquel ils appartiennent. Ces pseudo-tumeurs siègent dans la paroi thoracique ou abdominale, elles peuvent se montrer dans les régions épigastirque, hypochondriaques, iliaques et hypogastriques, aux lombes, dans la région sous-claviculaire, au mollet. Dures, résistantes, mates, douloureuses spontanément ou à la pression, elles se déplacent et sont le sujet de surprises éminemment désagréables pour le praticien qui ne soupçonne par leur existence. — Weir Mitchell a cité un très curieux fait de ce genre. Une hystérique présentait à la partie supérieure gauche du thorax, une tumeur singulière, assez dure, ayant la forme d'un œuf aplati, qui disparaissait lorsque le malade portait le bras dans l'abduction. Plus tard cette tumeur, amenée par la contraction de quelques fibres du

(1) Cadet. De la pneumatose gastro-intestinale. Paris 1871.

grand pectoral, disparut pour faire place à une autre tuméfaction siégeant au niveau de l'abdomen, sous forme d'une masse arrondie par suite de la contraction des muscles abdominaux. Cette tumeur-fantôme disparut à son tour, mais après après avoir duré près d'un an. (1)

Il n'y a pas longtemps que dans un grand hôpital, une tumeur de ce genre induisit en erreur un chirurgien assurément des plus familiarisés avec les tumeurs de l'abdomen; cette tumeur parut être de celles qu'on doit enlever. Déjà le bistouri est en main, le sommeil anesthésique commence lorsque soudain, sous l'influence du chloroforme, la tumeur s'évanouit. — Spencer, Wells a rapporté une observation semblable. M. Potain a signalé dans une clinique un cas ou une pseudo-tumeur fut prise pour un kyste hydatique.

Contre la tympanite hystérique on a conseillé les espèces carminatives, les absorbants, la noix vomique, surtout les antispasmodiques, la faradisation des parois abdominales et l'emploi des fomentations chaudes. Dans le cas d'extrême distension, les réfrigérants sous forme de vessie de glace sous lesquelles on place un linge pour éviter les escharres, enfin la ponction capillaire sont les moyens auxquels on a recours.

c. Hystérie de l'appareil circulatoire.

Nous rappelons combien il est fréquent d'observer chez les hystériques des syncopes, des palpitations, de « violentes douleurs au cœur. » Les malades ont souvent une hypéresthésie de la paroi précordiale qui rend pénible pour elles chaque impulsion de l'organe cardiaque.

On entend, chez certaines hystériques, en dehors de tout état anémique, des souffles ou des bruits morbides apparaissant et disparaissant avec la même rapidité, se produisant soit par spasmes, soit par simple atonie des muscles papillaires.

On observe encore des phénomènes douloureux simulant l'angine de poitrine. Cette cardialgie névropathique est moins nette dans ses symptômes, moins correcte dans ses irradiations, plus capricieuse dans ses allures que l'angine de poitrine classique, elle a souvent une apparition nocturne; son caractère le plus important est de pouvoir se répéter un grand nombre de fois sans porter une atteinte sérieuse à la santé des malades.

L'anévrysme de l'aorte, ainsi que Racle l'a bien signalé, peut être simulé par les battements abdominaux si fréquents chez les hystériques. « Ces battement siègent surtout au creux épigastrique où ils occasionnent un soulèvement visible, qui, au premier abord, pourrait en imposer pour un anévrysme cœliaque. Souvent ils s'étendent jusqu'à la fin de l'aorte et aux iliaques primitives. Ils naissent quelquefois d'une manière rapide et sont promptement portés au plus haut degré d'intensité, au point de devenir extrêmement pénibles pour les malades. Enfin on sent quelque fois à l'épigastre comme une tumeur plus ou moins volumineuse qui en impose encore davantage pour un anévrysme. Laennec considérait cette tumeur comme formée le plus souvent par des gaz enfermés dans une cellule du côlon transverse. »

(1) Journal de Médecine et Chirurgie, 1883.

d. Hystérie de l'appareil respiratoire.

C'est à elle qu'arppartiennent les pseudo-tuberculoses. Douleurs spontanées et à la percussion des creux sous-claviculaires, affaiblissement du murmure respiratoire, toux incessante, dyspnée, hémoptysies forment un ensemble symptomatique bien capable de faire craindre un début de phthisie.

La plus curieuse modification du rhythme respiratoire qu'on puisse observer, est cette accélération des mouvements, cette anhélation incessante qu'on a nommé la polypnée hystérique.

Pour en finir citons encore quelques échantillons d'hystérie viscérale.

Une jeune fille de seize ans eut, avant toute attaque convulsive, pendant plusieurs mois, des accidents étranges du côté du col de la vessie, qui, furent longtemps attribués à la présence de calculs vésicaux.

Un autre hystérique, mâle, éprouve une gêne croissante de la miction, des douleurs vives en urinant sans aucun écoulement uréthral, des épreintes qu'il décrit avec un luxe d'épithètes extraordinaire. La coarctation uréthrale est si violente, quant on essaie de le sonder, qu'on admet le diagnostic de rétrécissement et qu'on se prépare à lui faire une uréthrotomie interne. A ce moment les accidents disparaissent très-rapidemment.

Ce cas est proche parent de celui d'une dame (1) atteinte d'un spasme anal invincible : deux chirurgiens des plus éminents allaient lui pratiquer la dilatation forcée du sphincter, croyant avoir affaire à une fissure; mais à la vue des préparatifs de l'opération, la malade s'écria qu'elle éprouvait le besoin d'aller à la garde-robe, et, en effet, le spasme cessa immédiatement.

En terminant, nous consignerons quelques aperçus fort ingénieux émis par M. Huchard sur les caractères généraux de l'hystérie viscérale.

On est trop porté à croire que la mobilité des symptômes, leur substitution rapide sont des traits démonstratifs de la nature névropathique d'un accident. Il est, au contraire, fréquent de voir, dans l'hystérie viscérale, les affections se fixer sur un organe avec une ténacité désespérante. On peut voir durer des mois, une toux ou des phénomènes pseudo-péritonitiques, ou l'anorexie. C'est même un des attributs de l'hystérie viscérale que cette allure torpide, que cette localisation persistante et rebelle sur un organe, sans que l'ensemble de l'organisation en pâtisse.

Comment expliquer que l'hystérie se traduise chez certains sujets de préférence par des manifestations viscérales, à l'exclusion de ses symptômes périphériques habituels? — D'abord, on a cru remarquer qu'elle revêtait plus souvent cette

(1) Thèse de Fouquet déjà citée.

forme chez les arthritiques, qui sont aussi d'ailleurs très sujets au nervosisme ou à la neurasthénie. Robert Whytt, Sydenham pensaient déjà que l'hystérie est presque toujours de souche rhumatismale.

Il se peut aussi que l'hérédité ait une influence sur la localisation de l'hystérie viscérale à tel organe ou à tel appareil, d'après la conception suivante: « Telle malade, par exemple, qui a des symptômes d'hystérie gastrique, a eu des ascendants goutteux ou rhumatisants qui ont souffert de l'estomac sous forme de dyspepsie simple, de gastralgie, ou même de cancer; telle autre qui se plaint de palpitations, de syncopes répétées, est issue d'une mère morte d'une affection réelle du cœur; telle autre encore qui présente des signes de pseudo-tuberculose hystérique, accuse dans ses antécédents héréditaires des accidents tuberculeux du côté de la poitrine... et ne sait-on pas aussi que l'hystérie intellectuelle a le plus ordinairement chez les parents une origine cérébrale sous forme d'aliénation mentale, de manie ou d'affections diverses des centres nerveux? » Aussi M. Huchard considère-t-il qu'à côté de *l'hérédité dans les lésions* il faut placer *l'hérédité dans les organes*.

On sait enfin que souvent un état morbide antérieur indépendant de l'hystérie, purement accidentel ou inflammatoire, par exemple, sera comme un point d'appel pour la localisation de l'hystérie viscérale sur tel ou tel organe. Ainsi voit-on « l'hystérie élire pour ainsi dire droit de domicile sur le larynx, sur le poumon, sur l'estomac, à la suite et à l'occasion d'une affection de ces divers organes (angine ou laryngite, bronchite, embarras gastrique ou traumatisme), porté sur la région stomacale. »

La multiplicité des faits cités dans le cours de cet article, nous permet d'espérer que le lecteur aura trouvé, comme nous l'annoncions au début, un intérêt pratique au moins égal dans l'étude de l'hystérie viscérale à celui des formes convulsives et périphériques de cette névrose, désormais connues de tous et d'un diagnostic beaucoup plus facile.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

AUX MEMBRES DU *CONCOURS MÉDICAL* QUI EXERCENT LA PHARMACIE.

L'étude des intérêts en jeu dans la question de savoir quel est le mode d'approvisionnement le plus avantageux pour les médecins qui exercent la pharmacie, est complète à cette heure.

Éclairé par les avis d'une bonne portion des intéressés, le *Concours* peut, maintenant, se baser sur de solides données et résoudre les diverses difficultés de cette affaire en toute connaissance de cause.

Il résulte de la correspondance, que les médecins, exerçant la pharmacie dans l'Ouest de la France, sont assez nombreux pour former un centre d'approvisionnement à Nantes. Le *projet Bardon* que nos lecteurs connaissent, est, nous affirme-t-on, prêt à être mis à exécution, grâce au bienveillant patronage de notre cher confrère, le Dr *Mignen*, président du *syndicat de la Vendée* et des bureaux des autres sociétés médicales de la région. Les adhésions des médecins-actionnaires sont suffisamment nombreuses pour passer de la théorie à la pratique. Le *Concours* sera heureux de pouvoir annoncer, à bref délai, nous l'espérons, la formation de la *Société Bardon*.

Nous avons déjà dit et nous répétons à M. le Dr *Mignen*, que les colonnes du *Concours* lui sont ouvertes, pour la publication de ce qu'il jugera utile à l'entreprise confraternelle à laquelle il s'intéresse, pour le bien des médecins-pharmaciens de l'*Ouest*.

L'expérience qui va se faire et à laquelle nous applaudissons, s'exécutera sous le contrôle, sous la surveillance et avec les ressources des médecins; s'ils mènent à bien leur entreprise, leur succès sera un enseignement pour leurs confrères des autres parties de la *France*, s'ils se résolvent, plus tard, à entrer dans la voie qu'on aura ainsi explorée.

Les médecins qui n'exercent pas la pharmacie dans le cercle d'attraction de la ville de Nantes, ont répondu à l'appel que leur a adressé le *Concours médical*. Leurs nombreuses lettres ont été examinées avec un soin scrupuleux.

Il se dégage de l'ensemble de cette correspondance trois données essentielles. Sur les deux premières il n'y a pas de divergences.

1° Nous voulons nous approvisionner de *produits irréprochables*, sur l'action desquels il nous soit possible de compter.

2° *Nous voulons payer les prix de la droguerie*, les prix que payent les pharmaciens. Seuls, isolés, ce n'est que par exception qu'il nous est donné de nous procurer cette *réduction de prix*. On doit pouvoir nous l'assurer dès l'instant que nous nous adresserons, en nombre suffisant, à la maison choisie ou créée.

Nos demandes sont limitées à un nombre restreint de médicaments, parmi lesquels se trouvent beaucoup de préparations pharmaceutiques.

Les grosses maisons de droguerie ne consentent pas à nous servir ostensiblement. Ces difficultés doivent disparaître.

3° Quant à la troisième question adressée aux membres du *Concours*: *Voulez-vous créer, de vos deniers, une maison de droguerie, dont vous serez les clients actionnaires?* les réponses recueillies ne sont plus aussi unanimes. Le plus grand nombre est de cet avis; une partie fait des restrictions et se réserve de coopérer de ses deniers une fois l'entreprise en bonne voie, tout en promettant sa clientèle.

Enfin un plus petit nombre doute du succès et conseille au *Concours* de ne pas engager les médecins qui exercent la pharmacie, à devenir les actionnaires d'une droguerie dont ils seront les

clients et de se contenter d'un fournisseur choisi avec soin.

Par la lecture de tous ces éléments d'information, notre opinion est faite. Nous n'avons pas à l'exprimer en ce moment : mais, comme en toutes circonstances, il est de notre devoir, dans le cas présent, de ne nous inspirer que de notre volonté de rendre service à tous et de n'engager nos adhérents que dans les entreprises qui réunissent l'unanimité des suffrages.

Cette détermination nous est d'autant plus aisée que nous sommes en mesure de donner *pleine satisfaction* aux deux premiers désirs exprimés avec énergie dans toutes les lettres.

Nous avons, dans ce but, fait toutes les démarches nécessaires; nous nous sommes livrés à l'examen le plus attentif des faits, assistés de nos conseils habituels et des avis des hommes compétents dans les matières commerciales qui nous sont étrangeres. — Nous venons vous en faire connaître le résultat.

Nous avons accepté les propositions d'une maison ancienne et très honorable.

Cet établissement se dénomme : Droguerie des médecins de France.

La droguerie des médecins de France s'engage à livrer ses produits *aux prix habituels de la droguerie*. Elle adresse ses prix-courants à toute demande.

Elle s'interdit toute imitation de marques de fabrique. Elle délivre sous son cachet ou sous les cachets qui lui sont réclamés.

Nous avons donc rempli, à la satisfaction de nos correspondants, le programme qu'ils nous ont tracé.

1° Produits de *pureté garantie*.

2° *Prix de la droguerie*, jusqu'ici inaccessibles au plus grand nombre.

Nous sommes assuré, dans cette circonstance présente, d'avoir été, comme toujours, les fidèles interprètes et les intermédiaires autorisés des membres de notre Société.

C'est donc avec confiance que nous les invitons à suivre notre indication et que nous leur disons : Adressez-vous à la *Droguerie des médecins de France* et dès que vous aurez fourni *les références* des premières relations commerciales vous serez dans votre maison ; on s'efforcera de vous satisfaire en toutes circonstances.

En agissant ainsi vous ferez œuvre de solidarité, vous servirez vos intérêts légitimes et accroîtrez l'autorité du *Concours médical*. La direction n'a qu'une préoccupation: être utile à tous, se faire toute à tous. Elle a la confiance que cette fois encore elle a justifié votre attente; l'expérience vous le prouvera. LA DIRECTION.

II

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE ET CAISSE DES PENSIONS DE DROIT,

Par M. le Dr ORDONNEAU.

Nous appelons l'attention spéciale des membres du *Concours médical* sur l'article ci-après de notre distingué confrère M. le Dr ORDONNEAU de *Bournezeau* (Vendée).

C'est une véritable bonne fortune pour nous de rencontrer des collaborateurs qui exposent clairement et avec compétence les questions qu'un examen superficiel a pu faire considérer comme insolubles. M. Ordonneau, malgré les exigences d'une clientèle absorbante, n'a pas reculé devant la tâche que nous lui avons offerte, l'étude des *Pensions de droit*.

Si les membres du *Concours* qui ont nom : LAUDE (de Bordeaux), BENOIST (de Saint-Nazaire), BIGOURDAN (de Brionne), TROLARD (d'Alger), voulaient bien suivre notre conseil, ils se constitueraient avec M. Ordonneau en comité permanent. Ils se réuniraient le jour où cette nécessité serait démontrée (le *Concours* est à leur disposition pour cela). Ils s'adjoindraient des Conseils tels que MM. Coriveaud, Laborde, Schœufeld, etc., et, de concert, ils s'attacheraient à revoir tous les projets exposés, à en rechercher les côtés pratiques, au lieu de se contenter de trouver les objections si aisées à y opposer. Enfin, ils les réuniraient en un projet et, dès ce moment, le soumettraient au corps médical pour *trouver des adhérents*.

Ayant à leur disposition le journal de notre Société, les journaux qui sont animés des mêmes désirs que les nôtres, la question de la *Caisse des pensions de droit*, poursuivie auprès de l'Association générale, auprès des syndicats à son défaut, serait bientôt mûre.

Le Comité, ainsi constitué, serait le noyau du *Conseil d'Administration* de la Caisse future.

Nous ne doutons pas que la prochaine *Assemblée générale* des membres du *Concours* n'accueille avec faveur la proposition de consacrer une partie de ses ressources disponibles aux frais d'étude et d'organisation de la Caisse des pensions de droit.

Association générale, *Concours médical*, Syndicats, Caisse des pensions de droit... ce sont là des formes particulières d'union qui ont droit à l'attention et à l'intervention de tout membre d'une profession qui n'occupe pas encore la situation à laquelle ses services lui donnent droit.

Nous ne verrions, pour notre part, aucune raison sérieuse de ne pas y convier pharmaciens et vétérinaires.

Aucun dissentiment sérieux ne divise les hommes qui exercent, sous des titres et avec des fonctions diverses, l'art de guérir. Médecins, pharmaciens, vétérinaires peuvent aisément se réunir sous la bannière de la mutualité. A. C.

Depuis que nous avons, *les premiers*, dans le numéro du *17 février* du *Concours médical*, fait connaître la *Caisse des pensions belges*, que nous avons montré son organisation et exposé ses résultats, de nombreuses publications ont donné à leurs lecteurs des aperçus de cette institution et l'ont offerte au public médical comme un exemple à suivre, en France, pour constituer une Caisse de *pensions de droit*.

Nous signalerons, entre autres, le *Journal de médecine de Bordeaux* qui s'est fait dans le Midi une quasi-spécialité de tout ce qui touche aux intérêts professionnels (1), la *Gazette hebdomaire des sciences médicales* (2), et la *Tribune médicale* (3).

Il était facile de prévoir que la *Caisse Belge*, du jour où elle serait connue, attirerait l'attention, et qu'on la comparerait aussitôt, dans son action, à la seule institution à peu près analogue qui existe en France, la Caisse des pensions viagères de l'Association générale. Ces comparaisons, quoi qu'en veuille M. Durand Fardel, se sont produites un peu de tous côtés et ne sont pas à la veille de prendre fin.

Un fait, surtout, est de nature à frapper les esprits : c'est que, *la première année de leur fonctionnement :*

La CAISSE FRANÇAISE ne pouvait payer que 5.300 fr. de pensions viagères et de charité ; tandis que la CAISSE BELGE pouvait payer 36.000 fr. de pensions de droit et transmissibles.

Aujourd'hui, après dix ans d'existence, la CAISSE FRANÇAISE a vu le chiffre de ses pensions monter de 5.000 fr. à 30.500 fr., soit par année une augmentation moyenne de 2.800 fr.

Or, dès la deuxième année, à la CAISSE BELGE, le chiffre des pensions s'éleva de 36.000 fr. à 49.910 fr., soit une augmentation, pour l'année, de 13.910 fr.

Voilà des faits dont on peut s'étonner, qu'on peut désirer vérifier, mais qui ne seront niés par personne.

Dans son rapport sur la Caisse des pensions viagères, du 1er avril 1883, M. Durand-Fardel a cru devoir entretenir ses auditeurs de la Caisse Belge. Il l'a fait habilement, reconnaissant avec justice, en deux mots seulement, que les résultats en sont remarquables, mais reprochant aux moyens employés de ne ressembler en rien à ceux en usage dans l'Association générale.

« Rien, dit-il, n'eut empêché de tenter, chez nous, « une semblable opération, et, en s'adressant aux « corporations qui se rapprochent de la nôtre, les « pharmaciens et les vétérinaires, de rassembler un « certain nombre de participants. La reconnaissance « du droit à la pension en aurait pu attirer un nom- « bre suffisant pour lui permettre de fonctionner, « ainsi qu'en Belgique.

« Mais quel rapport y a-t-il entre une pareille ins- « titution et l'Association générale des médecins de « France ? . . . .

« . . . . . Ce qui est le caractère particulier, ce « qui fait la force et la grandeur de notre Associa- « tion, c'est qu'elle est entretenue surtout par ceux qui « n'en doivent point profiter. C'est une institution « de libéralisme, parce qu'elle s'est mise à la portée « de tous ; c'est une institution de fraternité, parce « qu'elle existe indépendamment de toute prévision « personnelle. La Caisse des pensions du corps mé- « dical Belge est une opération financière. . . . . .

« . . . . . Je n'entends pas refuser à la caisse des « pensions Belges un haut caractère de prévoyance et « de solidarité. . . . .

Nous tenons compte de l'aveu renfermé dans les premières lignes ; ce nous sera un encouragement, que l'opinion de M. Durand Fardel, sur les chances de réussite d'une pareille caisse parmi les médecins français. — Mais allons au-delà ; Voilà une association fondée sur la Mutualité pure, qui, au point de vue des sommes payées, est supérieure en résultats à l'Association générale ; qui, non-seulement, comme cette dernière, s'applique au soulagement des misères du moment, mais a pour but de prévenir la gêne et le dénuement dans un avenir prochain ; on s'accorde à dire qu'elle fait honneur à ceux qui l'ont conçue ; on avoue qu'elle a un haut caractère de prévoyance et de solidarité ! oui, mais on a un reproche à lui adresser : *Elle n'a pas le même caractère que l'Association générale !*

Quand une institution ne sera fondée que sur la charité, *elle aura le même caractère* de *libéralisme et de fraternité.* Quand elle aura pour base la Mutualité avec les droits qui en découlent pour chacun des adhérents, ce sera *une opération financière.*

Une des considérations les plus puissantes qui doivent attacher les médecins à l'Association, et sur laquelle M. Durand-Fardel semble faire un grand fondement est celle-ci :

« Mais si l'on croyait que les cent-vingt pension- « naires qui ont jusqu'ici profité de votre Caisse des « pensions, (celle de l Association générale) auraient « été capables de verser préalablement 100 fr. par « an, pendant vingt-quatre annees consécutives, « quelque tentante qu'eut pu être la *pension de droit*, « ou se tromperait fort. Supposez que nos pensions « eussent été instituées d'après le même système que « les pensions belges, il se trouverait qu'aucun d'eux « n'en aurait profité, parce qu'aucun d'eux n'en au- « rait pu remplir les obligations. »

L'argument est brillant, mais il est spécieux. Oui, les cent-vingt pensionnaires n'auraient pu adhérer à une caisse analogue, à la Caisse belge, qui demande des versements importants. Mais nous n'avons pas la prétention d'élever une nouvelle institution sur les ruines de l'Association générale. Que celle-ci reste à son poste : elle a ses clients, la Caisse nouvelle aura les siens :

J'ai mon Dieu que je sers, et vous avez le vôtre !
Ce sont deux puissants Dieux.

Est-ce à dire que l'Association générale restera

(1) 4 mars 1883.
(2) 11 mars 1883.
(3) 8 avril 83.

la seule institution qui puisse être utile aux derniers des nécessiteux de la profession ? Il ne faudra pas y compter, car la Caisse nouvelle des pensions aura elle-même une Caisse de Secours facultatifs. Tandis que dans l'Association générale, c'est la Caisse de Secours qui en a été le noyau : chez son émule, la Caisse de Secours sera la conséquence de son développement ; mais le résultat sera le même, et les infirmes et les vieillards, quand même ils ne seront pas de la nouvelle Eglise, participeront à ses bienfaits et à ses secours temporaires.

Ce que M. le rapporteur ne dit pas, ce qu'il faut dégager avant tout et bien faire entrer dans l'esprit de chacun, *c'est que l'Association générale n'est secourable qu'aux derniers de la profession, que les trois ou quatre mille médecins, qui forment ce qu'avec une intelligence parfaite M. Coriveaud a appelé le* TIERS ÉTAT MÉDICAL, *ne peuvent en tirer aucun secours ou assistance*(1).

C'est pour cela que de tous côtés viendront les adhésions à la *Caisse de pensions de droit*.

La *Caise belge* existe pour notre bien autant que pour celui du corps médical qui l'a fondée, et nous espérons qu'elle servira d'exemple, sinon de modèle, pour une nouvelle institution de prévoyance.

Dire ce que sera cette institution, si elle sera calquée sur la Caisse belge, si de nouveaux projets surgiront, ou si au contraire on reviendra aux anciennes propositions, est aujourd'hui impossible. Nous rappellerons seulement ici que, parmi les sociétés locales qui, à notre connaissance, ont adopté le principe de l'assurance mutuelle entre médecins, figurent celles d'Alger, de Vitry-le-Français, de l'Eure, de Dijon, de Lyon, de Poitiers, de Toulon, de Marseille et de Nantes.

L'*Association générale* en prenant le pas sur les *sociétés locales*, dans la discussion de cette question, ne les a liées en aucune façon. Le petit nombre de celles-ci qui s'en sont occupé, l'ont fait de leur initiative propre, et on peut-être persuadé qu'elles sont plutôt indifférentes qu'hostiles, au principe de l'Assurance sur la Vie.

Le *Consensus* qui poussait, il y a vingt-cinq ans, à la formation des Sociétés locales, les a laissées en arrière, depuis longtemps. Le mouvement de solidarité, qui y était autrefois fixé, en a aujourd'hui dépassé les limites. Il s'était concentré dans l'Association générale ; aujourd'hui il a trouvé de nouveaux centres d'action, LES SYNDICATS. Après s'être approprié ce travail intérieur et l'avoir contenu, l'Association essaya de l'enrayer ; aujourd'hui elle a changé de tactique, et vient de les reconnaître officiellement par la plume de M. Foville, avouant implicitement, par ce fait, qu'il y a quelque chose à faire, à côté d'elle, pour le relèvement de la profession.

C'est qu'en effet, l'Association, si noble dans son but et ses moyens, est insuffisante dans ses résultats, et laisse tout un côté de l'Association professionnelle inexploité ; l'Assistance par la Mutualité.

On sait comment elle a refusé toutes les propositions tendant à constituer une caisse de PENSIONS DE DROIT. Elle y a toujours répondu par une critique *facile* de projets forcément insuffisants, pour combler le large vide laissé par elle dans l'Assistance professionnelle, et elle a toujours renvoyé à la *Caisse des retraites de la vieillesse*, dirigée par l'Etat, ou aux Compagnies d'assurances qui exploitent la matière (1).

(*à suivre*). Dr L. ORDONNEAU.

(1) J. de Méd. de Bordeaux, 8 avril 1883.

(1) Rapports de MM. Blanc (1881), et Brun (1882).

COURRIER

LA PEPSINE ET LES ALCALINS.

La note publiée, dans le numéro du 12 mai dernier, par notre excellent confrère et ami Geoffroy, en réponse aux assertions de M. P. Vigier, nous paraît l'expression de la vérité en semblable matière. Il faut être clinicien pour parler thérapeutique, et c'est une grave erreur que d'oublier la différence qui sépare la cornue de verre de la cornue vivante, qui s'appelle l'estomac.

Maintes fois nous nous sommes applaudi d'avoir associé la magnésie à la pepsine neutre dans le traitement de certaines dyspepsies, et nous ne connaissons pas d'exemple plus concluant que celui d'une dame atteinte de vomissements incoercibles et de régurgitations acides. La magnésie et les alcalins, qui avaient paru réussir quelques jours, étaient ensuite restés sans action, la pepsine neutre, n'était pas plus efficace. L'association de la magnésie à la pepsine, arrêta immédiatement ces vomissements. Un jour, la pepsine fut cessée, les vomissements revinrent pour céder dès que le médicament fut de nouveau administré. Quelques jours plus tard, sur notre conseil, la malade supprima la magnésie : le résultat fut identique, et il fallut continuer l'administration simultanée des deux médicaments.

L'épreuve et la contre-épreuve étaient faites. — Le *Concours* a, d'ailleurs, abordé déja cette question ; dans une annonce (numéro du 30 décembre 1882), il disait à propos de la pepsine :

« Dans une liqueur contenant 2 à 15 pour « mille d'acide acétique ou butyrique, la pepsine « est sans action sur le blanc d'œuf coagulé........ « M. Richet a fait remarquer que, dans les cas « de fermentation anormale, il peut se produire « dans l'estomac, un grand excès d'acide lactique, « acétique ou butyrique : l'acide chlorhydrique « normal n'est plus alors secrété, et on se trouve « en présence d'un acide moins actif, (acide lac- « tique) ou d'acides inactifs et nuisibles, (acétique, « butyrique.) On comprend, dès lors, l'utilité « d'employer dans ce cas, *les alcalins* qui, en « saturant les acides libres, permettent une nou- « velle sécrétion d'acide chlorhydrique et ren- « dent ainsi au suc gastrique, toute sa puissance « digestive ».

Nous avons cru qu'il était utile de reproduire ces quelques lignes, puisque la question est de nouveau soulevée : ce sera, pour nous, une occasion de faire remarquer à nos lecteurs que, dans les annonces du *Concours*, il se trouve des choses parfois intéressantes, et que le temps qu'ils peuvent passer à les parcourir n'est pas, comme certains pourraient le croire, du temps inutilement perdu. Dr A. GASSOT.

REVUE CLINIQUE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. CORNIL.

Empoisonnement par le phosphore. — Epistaxis. — Etat typhoïde. — Albuminurie. — Bronchites des petites bronches et congestion pulmonaire. — Traitement par l'essence de térébenthine. — Guérison. (Observation recueillie par M. BABINSKY, interne du service).

La nommée P., âgée de vingt-un ans, journalière, entre le 8 décembre 1882, au n° 31 de la salle Grisolle.

Cette fille est amenée à onze heures du matin dans un état de trouble et d'excitation cérébrale bien naturels, car elle venait de tenter de s'empoisonner avec des allumettes chimiques. Des chagrins l'avaient portée à cette résolution. Pour se donner le courage de l'exécuter, elle avait pris le matin même un verre d'absinthe (elle est employée chez un marchand de vin) ; puis elle avait cassé et avalé le bout soufré de plusieurs grosses allumettes chimiques, ingérant ainsi le bois, le soufre et le phosphore. Elle buvait de l'eau pour faire descendre le tout.

On lui administra immédiatement un vomitif, un éméto-cathartique qui la fit aller par le haut et par le bas.

Le lendemain 9 décembre, on la fit également vomir.

L'examen des déjections a été fait par M. Berlioz, interne en pharmacie de service. En voici le résultat :

Les matières provenant des vomissements et les matières fécales ont été examinées dans le but d'y découvrir des fragments de phosphore ou des débris d'allumettes. A cet effet, elles ont été étalées sur des soucoupes, et, à l'aide de la loupe, on a recherché les corps étrangers.

Cet examen n'ayant amené aucun résultat, on a placé les matières des vomissements dans un cristallisoir sur lequel on a étalé deux bandes de papier, dont l'une était imprégnée d'une solution d'azotate d'argent et l'autre d'acétate de plomb ; le tout a été recouvert soigneusement et placé dans l'obscurité. Après quelques heures, on a découvert le cristallisoir et l'on a remarqué que la bande de papier imprégnée d'azotate d'argent avait seule noirci, tandis que l'autre était restée intacte. Cette coloration du sel d'argent était donc due à la présence du phosphore et non à celle de l'acide sulfhydrique ; il y avait eu formation de phosphure d'argent. Pour s'en assurer, on a traité le papier par l'eau régale, et l'on a démontré les réactions caractéristiques de l'acide phosphorique.

Le 9 décembre, à la visite du matin, on constate encore de l'agitation et de la fièvre ; la langue est blanche, rouge à la pointe et aux bords, la face est animée et rouge. Cette jeune fille est du reste très haute en couleur, bien constituée, grande et assez grasse ; elle est à Paris seulement depuis quelques mois. Le ventre est douloureux, surtout à la région épigastrique. La malade nous raconte les circonstances relatives à son empoisonnement. Elle ne peut pas préciser exactement le nombre d'allumettes dont elle a avalé le bout phosphoré. Elle dit tantôt six, tantôt huit. L'émotion, l'absinthe, ont un peu troublé le souvenir de ce qui s'est passé pendant sa tentative de suicide. On lui prescrit de l'eau albumineuse et de l'essence de térébenthine, en capsules, à la dose de 4 gr. par jour.

Le 10. — On constate la présence de l'albumine en faible quantité dans l'urine rendue la veille et pendant la nuit. La chaleur et l'acide nitrique y décèlent un léger trouble. Le sédiment renferme des cylindres hyalins.

Le 11. — 132 pulsations, figure un peu rouge, lèvres et langue sèches, facies typhoïde, respiration bruyante et difficile, 42 inspirations à la minute. Dans les deux poumons en arrière et en avant, mais surtout à droite et en arrière, on constate des râles sibilants et muqueux ; la malade a eu une épistaxis, et il y a eu écoulement de sang par la bouche. Toute la région abdominale est douloureuse, mais la douleur est surtout vive à la région hépatique où la percussion donne une matité commençant au niveau du cinquième espace et descendant à un travers de doigt au-dessus des fausses côtes. Pas d'ictère. La malade a de la diarrhée, et les matières fécales sont liquides et brunâtres. Légère albuminurie, rétention d'urine et incontinence par regorgement. On sonde la malade.

Le 12. — Même état ; en plus quelques crachats sanglants, mais d'origine incertaine.

Le 13. — Les battements du cœur sont faibles et masqués par les râles pulmonaires. La malade n'a pas été à la selle la veille, on lui administre un lavement purgatif. En arrière et à droite, il y a toujours une prédominance notable de râles sous-crépitants fins ; on applique dans cette région un vésicatoire.

Le 14. — Les crachats ne sont plus sanglants ; légère épistaxis.

Le 15. — Le dépôt urinaire examiné au microscope montre des cylindres granulo-graisseux.

Le 16. — L'état général est toujours le même ; le facies exprime toujours l'abattement ; la sensibilité vive de la région abdominale persiste ; mais la température qui était restée jusqu ici à 38 1/2 à 39° s'est abaissée au chiffre normal.

Le 17. — Même état. L'examen des urines montre en plus des cylindres granulo-graisseux, des cylindres hyalins.

Le 18. — Même état. En plus, il y a des intermittences cardiaques fréquentes, mais ce sont de fausses intermittences.

Le 19. — 128 pulsations. — Intermittences vraies.

Le 20. — Le ventre est aujourd'hui moins douloureux. Les mictions sont spontanées. Les râles constatés dans les poumons sont un peu moins fins.

Le 21. — L'état général paraît s'améliorer ; le facies est moins hébêté. L'albuminurie persiste.

Le 22. — La langue se nettoie, n'est plus aussi sèche.

Le 24. — L'état général s'améliore encore. Les râles pulmonaires sont moins nombreux.

Le 25. — L'amélioration s'accentue; l'appétit revient. Les râles pulmonaires diminuent encore.

Le 26. — Même état.

Le 27. — Les râles ont presque complètement disparu. Les pulsations sont toujours nombreuses, 135 à la minute, mais elles sont plus fortes sans intermittences. La région hépatique est moins douloureuse.

Le 20. — 120 pulsations à la minute. Il n'y a plus que la partie inférieure du ventre qui soit douloureuse. L'aspect est très bon.

L'albuminurie, qui n'a jamais été très forte, qui s'est bornée à un léger trouble des urines par la chaleur et l'acide nitrique, et qui s'est accompagnée de la présence de cylindres hyalins et graisseux en assez grande quantité, a duré constamment jusqu'aux premiers jours de janvier, où elle a diminué et cessé complètement.

Le dosage de l'acide phosphorique a donné les résultats suivants :

La moyenne des dix premiers jours a été de 2 gr. 825.

La proportion la plus élevée a été de 3 gr. 45 et la plus faible de 2 gr. 45. L'excrétion de l'acide phosphorique a diminué presque chaque jour depuis l'entrée de la malade.

La malade a achevé sa convalescence dans le service où elle est restée tout le mois de janvier. Elle avait beaucoap d'appétit et aussi beaucoup à réparer, car elle était très notablement amaigrie. Elle avait conservé une douleur vague au niveau du foie et à la région hypogastrique et une tendance à la constipation qu'on était obligé de combattre par des laxatifs.

Cette observation nous a paru intéressante à publier à plus d'un titre. C'est d'abord un fait d'empoisonnement par le phosphore terminé par la guérison, ce qui n'est pas commun. Il est vrai que la quantité du poison absorbée était minime. Kessler rapporte un cas de mort rapide consécutif à l'ingestion de six à sept têtes d'allumettes chimiques, mais il s'agissait d'un très jeune enfant. Ici l'ingestion de six à huit allumettes chimiques a produit des accidents réellement graves avec des vomissements, de l'anurie et de la rétention d'urine, de la fièvre, de la prostration, un état typhoïde, des épistaxis, de la douleur au niveau de la région hépatique, une broncho-pneumonie et de l'albuminurie.

Cette malade a présenté pendant une huitaine de jours toute l'apparence de la fièvre typhoïde, mais il n'y avait ni taches rosées lenticulaires, ni céphalée persistante, ni diarrhée. Malgré les purgatifs souvent administrés, il y avait toujours tendance à la constipation. Sa convalescence a été longue, accompagnée d'une sensation d'épuisement profond et elle a toujours ressenti, à la région hépatique, une douleur qui était reveillée par la pression. A la fin même de la convalescence, que nous avons pu suivre jusqu'au second mois après le début de l'intoxication, cette douleur hépatique existait encore.

Il suffit donc d'une très petite quantité de têtes d'allumettes chimiques, de six à huit, c'est-à-dire 8 milligrammes environ de phosphore, pour produire des accidents graves. D'après MM. Cornil et Brault (1), on détermine la mort d'un cobaye ou d'un lapin en lui faisant avaler la pâte phosphorée de deux ou trois allumettes broyées et tenues en suspension dans une solution de gomme.

L'ictère est le seul phénomène qui ait fait défaut dans cette observation.

Dans les expériences faites sur les animaux empoisonnés par le phosphore, MM. Cornil et Brault ont noté, en outre des dégénérescences constantes et bien connues des reins, du foie, et des muscles, des lésions pulmonaires caractérisées par la dégénérescence graisseuse de l'épithélium des alvéoles pulmonaires et par la congestion très intense du poumon. Des ecchymoses, des hémorrhagies à l'intérieur des alvéoles et des bronches, marquent le summum de cet état congestif. Si l'on se reporte à l'observation ci-dessus, on sera frappé de la prédominance et de la longue durée des accidents observés du côté des poumons.

La malade a été, en effet, atteinte d'une congestion pulmonaire très intense, avec crachats sanguinolents ; les râles sous-crépitants en foyers que nous avons entendus dans la base des poumons, à droite surtout, accusaient l'existence d'une bronchite propagée aux petites bronches. Il est difficile de ne pas rapprocher ce fait d'observation clinique avec les faits expérimentaux.

Une autre série de symptômes a également attiré notre attention; ce sont les contractions cardiaques, petites, faibles, très précipitées, irrégulières, avec des intermittences, contractions qui accusaient un trouble profond de la nutrition du muscle cardiaque. Comme on sait que les faisceaux musculaires du cœur, dans l'empoisonnement par le phosphore, présentent toujours un certain degré de dégénérescence graisseuse, il était difficile de ne pas rapporter à cette dégénérescence les modifications du rhythme des contractions.

Le pouls donnait 130 pulsations à la minute et présentait des intermittences alors que la fièvre avait complètement cessé, et il conserva cette même rapidité pendant la plus grande partie de la durée du séjour de la malade dans le service.

Il est très probable que cette longue durée des accidents circulatoires était due à l'atrophie des faisceaux cardiaques, suite de leur dégénérescence, et à la formation de nouvelles fibres musculaires.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DU LOIRET.

Réunion du Conseil syndical (29 avril, 1883).

Présidence du Dr Halmagrand, père.

Après un certain nombre de décisions prises sur des

(1) Cornil et Brault. Recherches histologiques relatives à l'état du foie, du rein et du poumon dans l'empoisonnement par le phosphore et l'arsenic. Journal de l'anatomie de Ch. Robin, 1882, p. 1.

questions d'ordre intérieur, le Conseil syndical passe à l'examen des questions professionnelles portées à l'ordre du jour.

Médecine cantonale.

Les cercles de Gien et de Montargis, après avoir émis un vœu en faveur du système Landais qui laisse toute liberté au malade indigent et au médecin, se rallient aux demandes de réforme immédiate réclamées par le cercle d'Orléans :

1° Traitement proportionné au nombre des indigents portés sur les listes et à la distance qui sépare chaque commune du domicile du médecin.

2° Défense de laisser fournir des médicaments aux indigents par les congrégations religieuses.

3° Nomination du médecin-inspecteur par les médecins cantonaux.

Le cercle de Pithiviers ajoute : si la commune ne supporte pas les frais du traitement de ses indigents, tout individu qui paie sa cote personnelle et mobilière devra être rayé de la liste des indigents.

Après une discussion à laquelle prennent part les membres présents, le Conseil syndical décide que son Bureau sera chargé de faire près de M. le Préfet du Loiret, les démarches nécessaires pour obtenir son adhésion et celle du Conseil général à un projet de réforme basé sur :

« 1° Le maintien de l'institution des médecins canto-« naux ;

« 2° Une répartition nouvelle des circonscriptions de « manière que tous les médecins puissent participer au « service de la médecine gratuite ;

« 3° Les honoraires du médecin cantonal proportionnés « au nombre des indigents portés sur les listes et à la « distance qui sépare leur domicile de la résidence du « médecin ;

« 4° Défense aux congrégations religieuses de fournir « des médicaments aux indigents ;

« 5° Nomination du médecin-inspecteur par les méde-« cins cantonaux. »

Le Conseil syndical demande, en outre, que le médecin cantonal soit averti lors du placement dans sa circonscription des enfants-assistés qui ont droit au traitement médical gratuit, et émet le vœu, *qu'il soit recherché dans quelles proportions les communes peuvent contribuer à la dépense du service, eu égard à leurs ressources, afin d'éviter la surcharge des listes d'indigents et les abus qui en peuvent naître.*

Surveillance des enfants du premier âge.

Sur l'avis unanime formulé par les différents cercles, le Conseil syndical charge son Bureau de réclamer aux autorités compétentes les modifications suivantes à l'état de choses actuel :

« 1° Allocation au médecin-inspecteur, outre la somme « de 1 fr. par enfant et par mois, d'une indemnité de dé-« placement mensuelle à raison de 0 fr. 70 par kilomètre « et par commune.

« 2° Paiement semestriel du traitement des médecins-« inspecteurs. »

Le Conseil syndical émet, en outre, le vœu *que la commune (où est né l'enfant), garantisse à la nourrice un salaire minimum et assure au nourrisson les soins médicaux.* Le recouvrement des frais qui, de ce chef, incombent à la commune, serait poursuivi par elle près des parents de l'enfant, si la chose est possible ; dans le cas contraire, ces frais seraient inscrits au chapitre des dépenses ordinaires de la commune.

Enfin, le Conseil syndical estime que les certificats délivrés en exécution de la loi Roussel, doivent être payés par la nourrice qui les sollicite et fixe 2 f. comme prix minimum de ces certificats.

Médecine légale.

Conformément aux decisions prises par les différents cercles, le Conseil syndical, aprs avoir entendu le compte-rendu des démarches officieuses faites près des parquets du département, décide :

Les députés et sénateurs du Loiret seront invités à provoquer les modifications suivantes à la tarification actuellement en vigueur :

« 1° Dix francs pour la visite avec rapport. La visite « et le rapport comptant chacun pour une vacation à « cinq francs.

« 2° Cinquante francs pour une autopsie (valeur de dix « vacations à cinq francs).

« 3° Indemnité de déplacement de un franc par kilo-« mètre parcouru, et de deux francs par kilomètre par-« couru la nuit.

« 4° Suppression des différents tarifs établis pour la « capitale ou les villes dont la population dépasse ou « n'atteint pas quarante-mille habitants.

« 5° Assimilation, au point de vue des honoraires, de « la réquisition adressée pour la constatation des bles-« sures par accidents, à celle pour les morts ou blessures « par suite de délits ou crimes.

« 6° Diminution des trop nombreuses formalités exi-« gées pour la perception des honoraires médico-légaux.

Le Conseil syndical émet encore le vœu *que les médecins du parquet soient nommés à l'élection par leurs confreres dans chaque arrondissement. Ils seraient élus pour deux années et rééligibles.*

Ces réformes, quelle que soit leur urgence, devant vraisemblement se faire attendre, le Conseil syndical invite les membres du syndicat du Loiret à porter, dès maintenant, sur les mémoires qu'ils présenteront pour frais de justice, *un nombre de vacations correspondant au nombre d'heures qu'ils auront passées, tant pour les oonstatations que pour la rédaction du rapport.*

Le prix de chaque vacation, admis par les parquets, est de trois francs, et s'ajoute naturellement aux allocations dues pour déplacement, visite, opération, etc.

Le Conseil syndical décide que ces décisions seront portées à la connaissance des autres syndicats médicaux par la voie du *Concours médical* auquel sera adressé un extrait du procès-verbal de sa réunion.

Le Secrétaire Dr A. Gassot.

NÉCROLOGIE

On nous informe du décès de M. le Dr Duriez, d'Auxy-le-Château (Somme), membre du *Concours médical*. Notre confrère est mort à trente-et-un ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès d'un membre du *Concours médical*, M. l, Dr Mainguy, de Vieille-Vigne (Charente-Inférieure)e qui faisait partie du syndicat de Montaigu (Vendée),

Le Directeur-Gérant A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
2 Juin. 1883. **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 22

SOMMAIRE

BULLETIN

M. J. *Rochard* lit le *Rapport de la Commission relative aux conclusions à prendre au sujet de la prophylaxie de la fièvre typhoïde*. La Commission a laissé de côté les qnestions de thérapeutique et de doctrine, et s'est bornée à rédiger quelques conclusions pratiques relatives à la prophylaxie. Dans l'ensemble de mauvaises conditions hygiéniques par suite desquelles Paris a vu s'accroître d'un cinquième, depuis dix ans, le nombre des décès dus aux maladies infectieuses et à la fièvre typhoïde, le rapporteur signale :

1° L'encombrement de quelques arrondissements excentriques vers lesquels les populations pauvres ont été refoulées par les grands travaux accomplis dans les quartiers du centre ; ces arrondissements sont surtout habités par les ouvriers qui viennent de la province et de l'étranger, attirés par les grands travaux de la capitale.

2° La malpropreté des logements garnis et surtout de leurs lieux d'aisance où l'eau manque le plus souvent.

3° Le mauvais état et le nettoyage insuffisant d'une partie de notre réseau d'égouts.

4° La présence autour de Paris de dépotoirs et de dépôts de voirie beaucoup trop rapprochés de la ville et qui en infectent l'air pendant l'été.

5° La mauvaise qualité des eaux de l'Ourcq, de la Seine et de la Marne qui entrent pour les deux tiers dans l'approvisionnement de Paris et qui n'ont pas la pureté nécessaire pour servir à l'alimentation.

L'Académie pense qu'il est urgent de prendre les mesures nécessaires pour combattre ces causes d'insalubrité. Elle appelle l'attention des pouvoirs publics sur les suivantes qui lui paraissent les plus propres à atteindre le but :

1° Accroître et mieux définir les attributions de la Commission des logements insalubres ; simplifier son action et faire exécuter ses décisions.

2° Veiller à ce que la police exerce une surveillance incessante sur les logements garnis, afin de s'assurer qu'ils sont proprement tenus et qu'ils ne renferment pas plus de locataires qu'il ne convient.

3° Eloigner de la ville les dépotoirs, les dépôts de voirie ; les transporter à une distance suffisante, pour que leurs émanations ne puissent plus nuire.

4° Réparer les égouts qui sont en mauvais état et en assurer le nettoyage par l'augmentation et la meilleure répartition des eaux consacrées à leur lavage.

5° Prendre les mesures nécessaires pour que les eaux de source soient réservées aux usages alimentaires et distribuées dans toutes les maisons en consacrant celles de la Seine, de la Marne et de l'Ourcq à la propreté de la voie publique.

De plus, et comme corollaire de cette discussion, l'Académie croit devoir appuyer de toute son autorité le vœu depuis longtemps formulé, que tout ce qui touche à la santé publique en France soit, à l'exemple d'autres pays, placé sous une direction spéciale et compétente, qui assurerait l'exécution de toutes les mesures d'hygiène publique.

L'Académie discutera prochainement ces conclusions.

Les différentes pièces qui constituent le pansement de Lister étant d'un prix élevé, MM. Wéber

et Thomas ont eu l'idée de leur substituer une substance d'un prix modéré qui pût les remplacer sans trop de désavantage, et leur choix s'est porté sur l'étoupe vulgaire, purifiée et blanchie par des procédés chimiques.

Au nom d'une Commission composée de MM. Gosselin et Rochard, M. *Léon Labbé*, rapporteur, vient déclarer que le nouveau pansement a satisfait aux essais tentés à l'hôpital. Il absorbe bien les liquides, ne communique pas d'odeur à la suppuration, permet d'obtenir des réunions par première intention à la suite d'ablation de tumeurs, d'incision et de raclage de trajets fistuleux. Néanmoins, l'étoupe phéniquée paraît être plus irritante que la gaze pour le bord des plaies et causer plus souvent qu'elle une suppuration qui n'est pas, il est vrai, très abondante et reste de bonne nature.

Dans un mémoire très étudié, et portant sur un grand nombre d'observations recueillies en Grèce, M. *Luc Bellos* (d'Athènes) cherche à démontrer l'identité des formes morbides actuellement observées dans ce pays et de celles qui sont décrites dans les œuvres d'Hippocrate. L'auteur y étudie en particulier le *causus,* cette fièvre saisonnière épidémique que les modernes appellent fièvre ardente, continue, subcontinue, pseudo-continue et montre combien il est difficile de la distinguer de la fièvre typhoïde, laquelle, pour le dire en passant, est actuellement considérée comme la plus fréquente des maladies du pays. Cette dernière constatation consolera bien des Parisiens !

M. *Pasteur* fait connaître qu'à l'offre faite par lui, à la Commission de Turin, d'aller répéter les expériences d'inoculation du virus charbonneux, cette Commission a répondu en demandant que M. Pasteur consignât d'avance par écrit ce qu'il se proposait de démontrer à Turin. On connaît le débat: la Commission italienne, ayant attendu vingt-six heures pour recueillir le sang du cadavre destiné à contrôler l'immunité acquise par la vaccination charbonneuse, M. Pasteur déclara que le sang inoculé dans ces conditions était à la fois charbonneux et septique et, par conséquent, impropre à vérifier l'expérience. Les vétérinaires de Turin affirment au contraire s'être assurés que le sang recueilli n'était pas septique.

De nouvelles observations ont permis à M. *Béchamp* de reconnaître que la zymase qu'il a découverte dans le lait de la femme existait aussi bien dans le lait qui avait séjourné dans la glande que dans celui qui était recueilli après une première ou une seconde traite. La zymase annoncée est donc le produit de la fonction propre de la glande et non le résultat d'une altération subie par le lait à la suite de sa stagnation dans cette glande; enfin cette zymase, qui existe dans le lait de la femme, ne se trouve pas dans le lait de vache.

Élection. — M. le Dr *Prunier* est élu membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

LES DOSES (Suite).

Par le Dr A. GASSOT.

La question des *doses massives* et des *doses fractionnées*, n'est pas moins contestée que celle des *doses maxima* : il semble pourtant qu'en un pareil sujet tout le monde devrait être d'accord.

Les effets obtenus, selon qu'on recourt aux unes ou aux autres, sont tellement différents, qu'ils semblent répondre à des indications spéciales et nettement définies; nous ne saurions donc comprendre qu'*à priori,* on repousse les doses massives et qu'on prétende qu'en tout, toujours et partout, il faut user des doses fractionnées. Il est vrai que nous n'avons pas la foi robuste de ceux qui consentent à ne reconnaître à la thérapeutique, que dix années d'existence comme science.

Il nous paraît impossible que des médicaments tels que la pepsine ou la diastase, puissent être administrés à doses infinitésimales, et que, si l'on recourt au bromure de potassium comme sédatif du système nerveux, il faille se contenter de quelques centigrammes. Et pourtant, tel est le dogme nouveau, puisque la seule forme pharmaceutique qu'il admette, le granule, ne permet que l'usage des doses fractionnées; sous peine d'administrer au malade, un véritable *picotin*, force est bien de ne pas dépasser quelques centigrammes.

Nous comprenons, certes, les avantages que présente, dans nombre de cas et pour certains médicaments, le fractionnement des doses; mais la thérapeutique scientifique ne peut admettre les règles absolues et inflexibles que seul peut dicter l'esprit étroit de système, qui ramène tout à une idée préconçue, à une théorie plus ou moins juste.

Qu'on s'élève contre l'administration du sulfate de quinine, à ces doses excessives qu'a révélées la récente discussion sur la fièvre typhoïde, rien de mieux, et ce n'est pas nous qui réclamerons en faveur d'une pratique, que ses résultats eux-mêmes condamnent. Donner un gramme,

deux grammes de sulfate de quinine en une seule fois, c'est courir d'avance à un échec : de telles doses ne peuvent, ni être absorbées, ni même être dissoutes, elles restent dans le tube digestif absolument inertes, et, quand l'autopsie permet de vérifier le fait, on les retrouve inaltérées dans quelque repli de l'intestin. Cette administration relève d'ailleurs, elle aussi, d'une pratique systématique et les systèmes, quels qu'ils soient, ne peuvent nous séduire.

Mais de ce qu'une semblable pratique nous semble absolument condamnable, s'en suit-il que le sulfate de quinine ne doive jamais être donné à doses massives ? — En aucune façon : tout dépend des effets qu'on en veut obtenir. Nous n'avons pas la prétention de décrire ici l'action pharmacodynamique du sulfate de quinine, qu'on peut trouver dans tous les traités de thérapeutique, mais il nous est permis de dire qu'il est des circonstances où de faibles doses, cinq et même dix centigrammes, fussent-elles répétées à brefs intervalles, seraient absolument insuffisantes : C'est vingt-cinq, cinquante centigrammes qu'il faut donner d'un coup. Qu'obtiendrait-on donc, si l'on se bornait à donner un ou deux centigrammes?

Nous ne contestons pas l'utilité que peuvent avoir, chez tel malade, les doses fractionnées, mais on nous concédera bien que, chez tel autre, c'est par doses massives qu'il faut procéder (1).

Encore dans ce cas, parlons-nous d'un médicament qui peut être fractionné. Mais la pepsine, conçoit-on qu'elle puisse être administrée autrement que par doses massives? Et le bromure de potassium? et tant d'autres médicaments?

Il y a eu, nous en convenons, des doses excessives contre lesquelles une réaction était salutaire ; mais cette réaction se fait chaque jour naturellement, et pour faire abandonner une pratique qui n'est jamais qu'exceptionnelle, contre laquelle proteste le bon sens de l'immense majorité des praticiens, il n'est pas besoin de verser dans le travers opposé.

Il est enfin deux ordres de phénomènes qui, bien qu'absolument différents, ont été confondus, nous voulons parler de *l'accumulation d'action* et de *l'accumulation de doses*. Nous avons peine à comprendre qu'une telle confusion ait pu se produire, car, il faut vraiment, pour en arriver là, abuser des acceptions diverses qu'on a données à l'expression de tolérance.

L'accumulation de doses est déterminée par la résistance que peut rencontrer l'absorption du médicament, résistance qui provient soit de la forme médicamenteuse employée, soit d'une altération des surfaces absorbantes ou de tout autre trouble physiologique : cette résistance cédant tout à coup, l'absorption de doses accumulées, et jusque là inactives, se fait rapidement et détermine des effets toxiques qui peuvent être foudroyants. On conçoit en effet, qu'un granule, qu'une pilule ne se dissolve pas avec la rapidité nécessaire et séjourne dans le tube digestif pendant un temps plus ou moins long; qu'en l'absence de tout effet, on réitère l'administration de ces granules ou pilules, il pourra arriver qu'un nombre assez considérable, huit, dix, vingt et plus, (cela s'est vu), se trouvent en même temps dans l'économie : si, sous l'influence d'une cause quelconque, ces pilules ou ces granules viennent à se dissoudre en même temps et à être absorbés, il se produit des accidents plus ou moins intenses. Ce que nous venons de dire des pilules, s'applique à toutes les préparations insolubles, prises, cachets, etc.... et aussi aux préparations solubles, dans le cas où les voies d'absorption sont momentanément fermées ; mais que la résistance vienne du médicament ou qu'elle soit causée par le mauvais état des voies digestives, le résultat est le même.

L'accumulation d'action est tout autre chose. Pour s'éliminer, les médicaments demandent un temps plus ou moins long ; si quelques-uns ne séjournent dans les tissus et les humeurs que fort peu de temps après leur absorption, il en est d'autres, la digitaline par exemple, qui s'immobilisent plus longtemps dans l'économie. Si donc on répète les doses même faibles à bref intervalle, on superposera, à chaque prise, de nouveaux effets à l'action déjà produite : l'action s'accumulera jusqu'au moment où elle deviendra suffisante pour vaincre les résistances qu'elle peut rencontrer et se manifester par de nouveaux effets plus ou moins bruyants.

Les deux ordres de phénomènes, s'ils aboutissent au même résultat, l'intolérance, n'ont donc, en réalité, rien de commun. Comment se fait-il qu'on ait pu les confondre? — nous allons essayer d'en donner l'explication.

L'accumulation d'action est la base d'une méthode de traitement parfaitement rationnelle et justifiée, mais elle nécessite une surveillance minutieuse, des soins attentifs, des précautions multiples : il faut que le médecin connaisse bien exactement le médicament auquel il s'adresse, la forme pharmaceutique qu'il emploie; il doit prévoir les résistances qu'il rencontrera, le degré d'accumulation auquel il arrivera et fixer une limite qui, en toute prudence, ne saurait être dépassée. Puisqu'on en arrivait à nier les *doses maximum* et à poser en principe *l'administration jusqu'à effet*, il fallait nécessairement s'attendre à voir des appréhensions s'élever au sujet de l'accumulation d'action excessive et, comme les réponses aux objections n'étaient pas précisément faciles, on trouva plus simple de garder le silence sur l'accumulation d'action, et de ne par-

(1) Nous croyons d'ailleurs, au sujet du sulfate de quinine, devoir insister sur les avantages immenses que présente le médicament en dissolution. : l'absorption est plus certaine et plus rapide, les effets plus intenses. Ce mode d'administration permet de réduire les doses d'une manière notable. Nous croyons aussi devoir mentionner l'augmentation d'activité que communique au sulfate de quinine, l'adjonction d'une très petite proportion de strychnine: un demi milligramme de sulfate de strychnine suffit à quadrupler les effets ordinaires d'une dose modérée de quinine, de vingt-cinq centigrammes par exemple.

ler que de l'accumulation de doses. On mit sur le compte de cette dernière tous les phénomènes graves d'intolérance, et on accusa de confusion ceux qui, précisément, refusant de se payer de mots, continuèrent à interpréter scientifiquement les effets observés.

Après avoir professé dogmatiquement que l'intolérance ne se montre que si les résistances morbides sont vaincues, et ne se manifeste que sous la forme des e. ets physiologiques habituellement constatés, il ne pouvait convenir de s'arrêter en si beau chemin : les effets durent se plier aux nécessités de la théorie nouvelle et les accidents causés par l'accumulation d'action disparurent d'un trait de plume.

Nous ne poursuivrons pas plus loin notre étude, bien que la question des doses puisse être envisagée à d'autres points de vue : nous pensons qu'il suffit d'avoir passé en revue les théories nouvelles qu'on voulait substituer à celles que nous sommes habitués à considérer comme vraies et qui reposent sur une expérimentation impartiale. Insister sur les points qui sont universellement acceptés, n'aurait guère d'intérêt, il vaut donc mieux conclure.

Aucune réforme sérieuse de la posologie n'a été proposée : les questions de doses faibles et de doses élevées, celles de doses maxima et de doses minima, celles enfin de doses massives et de doses fractionnées sont aujourd'hui ce qu'elles étaient hier — et il n'en pouvait être autrement, puisque la thérapeutique est essentiellement une science d'expérimentation physiologique et d'observation clinique. La thérapeutique n'est pas sortie du cerveau d'un homme, comme Minerve du cerveau de Jupiter, armée de pied en cap : elle est née plus péniblement et plus lentement ; chacun, grand ou obscur, a apporté et apporte sa pierre à l'édifice qui, se complétant chaque jour, ne sera jamais terminé. Si donc, pour la facilité de l'étude, des traités ont été publiés résumant les faits acquis et les hypothèses proposées, il ne faut pas oublier que ces traités, quelque valeur qu'ils aient d'ailleurs, sont seulement à la thérapeutique ce que la pathologie est à la clinique, et qu'il appartient à tout praticien de suppléer à ce qu'ils peuvent avoir d'insuffisant.

Contre cette pratique de tout le monde, il ne suffit pas de formuler des négations ou des affirmations gratuites qui n'ont de raison d'être que l'appui qu'elles donnent à une prétention quelque peu orgueilleuse ; il faut, quand on est novateur, prouver que les nouveautés qu'on propose sont vraiment nouvelles et ne pas se contenter de se reporter à un demi-siècle en arrière pour avoir le droit d'oublier des travaux plus récents et gênants.

Il y a place, dans la science, pour tous les travaux, et la part légitime à laquelle chacun peut prétendre est assez grande pour qu'il soit suffisant de rechercher un succès de bon aloi.

Nous ne nions pas que des progrès sérieux aient été réalisés, que de nouveaux moyens aient été préconisés, d'autres vulgarisés ; mais ce contre quoi nous croyons devoir protester de toutes nos forces, c'est qu'on prétende faire table rase de tout ce qui existe, taxer la masse des praticiens d'imbécillité ou d'ignorance, et se poser en nouveau rédempteur du genre humain, parce que quelques disciples, mus d'une ferveur intempestive, vous assomment à coup d'encensoir.

II

Le facteur individuel dans la fièvre typhoïde

Par le Dr ARNAUD (de Saint-Gilles-du-Gard).

La discussion ouverte à l'Académie de Médecine sur la fièvre typhoïde peut être, dès à présent, considérée comme terminée.

Bien des questions importantes ont été soulevées, sinon résolues, par la savante compagnie.

Quelques orateurs ont eu principalement en vue l'unité, la spécificité de la fièvre typhoïde, qui appelle la recherche d'un agent spécifique, destiné à la combattre.

D'autres, au contraire, envisageant les différences considérables d'aspect que peut revêtir la maladie, ont préconisé un traitement variable, approprié à l'état du sujet malade.

Ce sont là deux appréciations qui n'ont rien d'inconciliable et d'absolument contradictoire, et je les crois justes l'une et l'autre.

On peut admettre, en effet, que la fièvre typhoïde est une *maladie spécifique*, résultant de l'introduction et de l'évolution dans l'organisme d'un virus, — d'autres diront d'un microbe, — dont la nature est au fond toujours la même. Mais les organismes sur lesquels agit le virus diffèrent par leur constitution, leur tempérament, leurs habitudes, leurs prédispositions, leurs maladies antérieures, etc., et il en résulte, dans chaque cas particulier, une fièvre typhoïde ayant une physionomie spéciale. En d'autres termes, chaque cas de dothiénentérie est le résultat du conflit d'un *virus typhoïde* fixe et spécifique avec un *facteur individuel* variable à l'infini : c'est ce qui explique cette *variété dans l'unité* dont la fièvre typhoïde nous fournit le tableau.

C'est du facteur individuel que j'ai l'intention de m'occuper particulièrement aujourd'hui.

Pendant l'épidémie de l'année dernière, j'ai observé quelques cas de fièvre typhoïde que j'ai tenu à réunir ici, car ils font voir combien l'étude de l'individu est utile à celui qui veut savoir, dans chaque cas particulier, ce qu'il faut réellement penser du pronostic et le résultat que l'on doit attendre de la thérapeutique.

Voici les faits.

OBSERVATION I.

Fièvre typhoïde suivie de tuberculose chronique.

Madame M. B., vingt-six ans, sans profession, mariée, un enfant en bas âge, tempérament nerveux, bonne santé habituelle. Son père est mort à la suite

d'un accident; sa mère a succombé à une *affection* lente de la poitrine (?). — 24 juin 1882, quatrième jour de la maladie, soir : Stupeur prononcée, céphalalgie, insomnie, inappétence, soif vive, langue sèche, diarrhée abondante, ventre ballonné, rate volumineuse, toux rare, quelques râles bronchiques disséminés; 108 pulsations, température = 30°, 6. Taches rosées au huitième jour. — Evolution de la maladie lente et pénible, mais ne présentant rien de spécial jusqu'à la convalescence. — Traitement : Sulfate de quinine, 60 centigr. à un gramme par jour. — La température la plus élevée a été de 40°, 5. — Le 19 août, la fièvre et les divers symptômes, en particulier les symptômes thoraciques, se sont dissipés; la malade semble guérie. — Le 25 août, je revois la malade, qui se plaint d'une petite toux sèche, et je constate sous les clavicules les signes d'une tuberculose au début. Aujourd'hui la tuberculose est à une période avancée : il y a eu plusieurs hémoptysies et les signes cavitaires sont évidents.

OBSERVATION II.

Fièvre typhoïde suivie de phthisie diabétique.

J. H., quarant-cinq ans, horloger, marié, deux enfants un peu chétifs, tempérament lymphatique; la santé, autrefois bonne, s'était dérangée depuis quelque temps. Aucune trace de sucre dans les urines examinées quelques jours avant la maladie. Pas de diabète constaté chez les ascendants directs. Quelques cas de diabète suivis de mort chez des cousins germains. — 26 juin 1882, fièvre typhoïde d'intensité moyenne, qui a évolué en trente-cinq jours. — La plus haute température a été de 39°, 6. — Quand la fièvre a cessé, et au moment où le malade pouvait être considéré comme convalescent, la toux n'a pas disparu avec les autres symptômes. — A ce moment, j'ai constaté du sucre dans les urines et, malgré mes efforts, le malade succombait quelques mois après, épuisé par une phthisie diabétique évidente.

OBSERVATION III.

Fièvre typhoïde rapidement mortelle, chez un sujet atteint d'insuffisance mitrale.

L. J., 19 ans, cultivateur; apparence robuste, mais insuffisance mitrale, déjà constatée. Cette lésion, à part quelques troubles fonctionnels intermittents, était compensée, et permettait au malade de se livrer sans trop de peine aux travaux des champs. — 18 juillet 1882, troisième jour de la maladie, soir : Céphalalgie, prostration, adynamie profonde, subdélirium; langue sèche, tremblotante, soif ardente, symptômes abdominaux peu accusés, constipation, météorisme; hémorrhagies nasales et pulmonaires, quelques râles sibilants sous-crépitants, œdème léger des malléoles; — 30 respirations irrégulières; pouls à 128, faible, inégal. Température = 39, 5. Les symptômes vont en s'aggravant et le malade meurt le septième jour de la maladie, après avoir présenté une température maximum de 40°. Il avait été traité par le sulfate de quinine (60 centigr. à un gramme par jour), et la digitale en infusion (60 centigr. à un gramme).

OBSERVATION IV.

Fièvre typhoïde d'apparence très grave, guérison.

V. A., 18 ans, cultivateur, tempérament lymphatico-sanguin, bonne constitution. Famille saine. — 23 juillet 1882, fièvre typhoïde au cinquième jour, avec stupeur, délire, adynamie, diarrhée profuse et fétide, congestion pulmonaire intense, hémorrhagies nasales répétées; pouls à 110, température à 40° (soir). — Taches rosées au huitième jour. Pendant cinq jours, la température a oscillé entre 40 et 41°. — Le sulfate de quinine a été donné à la dose de deux grammes au début, puis d'un gramme par jour. — La guérison a eu lieu après quarante jours de maladie; elle a été complète, et le malade se livre aujourd'hui aux travaux des champs les plus pénibles.

OBSERVATION V.

Fièvre typhoïde, mort au seizième jour, sans cause appréciable.

Mademoiselle M. F., 28 ans, couturière, tempérament lymphatique, quelques signes de scrofule. — Le 28 juillet 1882, je constate les symptômes d'une fièvre typhoïde d'apparence bénigne, au quatrième jour. — La fièvre évolue normalement jusqu'au 8 août (quinzième jour). Diarrhée modérée, un peu de céphalée et d'insomnie, langue humide, pas de délire, ni de lésion pulmonaire grave. Température oscillant entre 38, 5 et 39, 5. Cette dernière température n'a pas été dépassée. — Quelques taches rosées au septième jour. — Traitement par le sulfate de quinine (60 centigr. par jour). — Le 8 août, matin, la stupeur est plus accusée. — Le soir la langue est sèche, il y a de l'agitation, du subdélirium, le pouls et le rhythme respiratoire se sont considérablement accélérés : Je compte 120 pulsations et 32 respirations. L'état général me paraît alarmant, *sans qu'il soit possible de saisir la cause de cette aggravation subite.* Le lendemain, mort après une courte agonie.

Les quelques faits que je viens de résumer ne sont autre chose, au premier abord, que des cas particuliers de fièvre typhoïde grave. Cependant, en les considérant de près, on s'aperçoit que leur gravité reconnaît des causes toutes différentes, dont il importe de ne pas ignorer la nature.

Dans l'observation IV, par exemple, on peut admettre que la gravité est due à la violence d'action du virus typhoïde et, en quelque sorte, à la dose de ce virus.

Dans l'observation V, l'organisme n'a pas paru sous le coup d'une intoxication très intense, et pourtant la maladie a été réellement grave, mortelle; on peut admettre, dans ce cas, que la mort est due au *défaut de résistance* de l'organisme.

Dans les observations I et II, on a encore des exemples de maladies graves, à en juger par les résultats. Mais doit-on attribuer ici la gravité au virus typhoïde? Il est probable que sans la fièvre typhoïde, les sujets examinés auraient fourni une carrière plus longue; leurs prédispositions ne se seraient peut-être pas révélées aussi rapidement; mais il n'en est pas moins vrai que ces individus n'auront pas succombé à la fièvre typhoïde, mais à la tuberculose ou au diabète; or, on ne peut établir aucune parenté directe entre le diabète ou la tuberculose et la fièvre typhoïde. Celle-ci a donc agi comme un accident quelconque, comme un traumatisme grave par exemple, qui met en jeu des prédispositions antérieures;

et il semble que, si une fièvre typhoïde d'égale intensité eût atteint des individus sains d'ailleurs, elle eût abouti à la guérison complète.

Les cas analogues ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le suppose, et l'on peut dire alors que la fièvre typhoïde n'est pas la seule cause, mais seulement *l'occasion* de la mort.

Enfin dans l'observation III, il est difficile de dire quelle est, de l'état primitif du sujet, ou de l'état aigu surajouté, la véritable cause de la mort. A en juger par les symptômes observés, par la modération relative de l'hyperthermie, il semble que la part de la lésion du cœur dans le résultat final ne doit pas être négligée.

Quoi qu'il en soit, nous sommes conduits par l'analyse des faits observés à cette conclusion, que deux facteurs essentiels concourent à la gravité de la fièvre typhoïde: le virus lui-même, et l'état antérieur du sujet.

Il est important de distinguer ces deux éléments dans la pratique et de se demander, en présence d'un cas quelconque de fièvre typhoïde, s'il faut attribuer la gravité à l'intensité d'action du virus ou bien à l'état antérieur de l'organisme atteint.

Dans les deux cas, les déterminations du médecin seront bien différentes.

Lorsque la gravité de la maladie résultera de la violence de l'empoisonnement, lorsque le sujet sera sain et robuste, le pronostic sera relativement favorable; c'est alors le virus qu'il faudra combattre; c'est surtout dans les cas de ce genre que la découverte d'un spécifique serait utile et qu'il faudrait agir rapidement et à dose massive, opposer le remède au mal, comme on oppose le sel de quinine à haute dose à l'intoxicatien tellurique.

Malheureusement, il faut tenir compte de ces faits, qui ne sont pas très rares pour qui veut et sait les reconnaître, dans lesquels la gravité est essentiellement due à létat antérieur du sujet malade. Le pronostic est alors généralement plus grave qu'il ne le paraît: et il faut peser avec soin la vitalité de l'organisme; se défier des doses toxiques d'antipyrétiques et de spécifiques, et craindre d'aggraver la maladie en déprimant les forces défaillantes du sujet.

Il arrive parfois que, malgré les recherches les plus minutieuses, on ne parvient pas à se rendre compte de la vraie cause de cette gravité toute individuelle; c'est ce qui nous est arrivé pour notre cinquième observation. Mais, le plus souvent, on en trouvera l'explication suffisante, soit dans l'examen du malade, soit dans l'étude attentive de ses dispositions héréditaires, etc.

En résumé, s'il est utile de considérer la fièvre typhoïde comme une *maladie spécifique*, et de chercher à lui opposer une *médication spécifique*, il ne faut pas oublier pour cela le *facteur individuel*, les indications pronostiques et thérapeutiques qui lui sont propres; il faut renoncer à l'espoir de guérir, par le traitement spécifique, tous les cas de fièvre typhoïde; il faut enfin se rappeler que la médication de la fièvre typhoïde est et restera toujours une tâche délicate. Cette tâche exigera toujours du clinicien, non pas l'application rigoureuse d'une formule uniforme, mais une attention profonde, et aussi ce tact particulier qui se développe par l'exercice, mais n'en est pas moins une qualité native, sans lequel on peut bien être pathologiste, mais on n'est jamais réellement médecin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINS ET SOINS A DONNER AUX GENDARMES.

M. le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve, en soignant pendant de longues années les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à MM. Vaulegeard, docteur en médecine à Condé-sur-Noireau (Calvados); Louis, docteur en médecine à Villars-les-Dombes, (Ain); Brest, docteur médecin, à l'Estérel (Var); Nellet, docteur en médecine à la Haye-Pesnel (Manche); Casabianca, docteur en médecine à Poggio-di-Nazza (Corse); Viaud, docteur en médecine à Saint-Jean-de-Monts (Vendee); Dagallier, docteur en médecine à Pont-de-Veyle (Ain); Pouget, docteur en médecine à la Roquebrou (Cantal); Ducellier, docteur en médecine à Montmorillon (Vienne); Cellier, docteur en médecine à Mostaganem (Algérie).

Parmi ces *dix médecins*, il en est au moins un dans une situation précaire; il vit au jour le jour; et s'il succombe à la tâche, il laissera les siens dans la plus grande gêne.

Pourtant, voilà un homme qui depuis de longues années a pris l'habitude de gratifier le gros budget de France. C'est une œuvre, n'est-ce pas, qui est suffisamment méritoire pour n'avoir nul besoin du témoignage de satisfaction de qui que ce soit, quelque haut placé qu'il soit. Ce témoignage, auquel personne n'attache plus d'importance que le ministre lui-même, nous en prenons acte bien volontiers pour dire à chaque *syndicat* des médecins de France :

Mais, il existe sûrement parmi vous, des hommes très méritants. Choisissez le plus modeste, le plus dévoué à ses pénibles devoirs; prenez sa cause en main, mettez en évidence ce mérite ignoré. Assisté par vous tous, notre humble confrère sera assez appuyé pour prétendre à tout autre chose qu'à ce témoignage de satisfaction que nous trouvons déplacé.

En agissant ainsi, votre syndicat accomplira un acte de solidarité dont la répétition élèvera le niveau de considération des médecins de votre région.

Les distinctions honorifiques que vous obtiendrez pour vos confrères, compenseront pour eux et leurs familles cette longue suite de sacrifices qui sont de tradition parmi nous.

Les ministres comprendront que les témoigna-

ges de satisfaction doivent se traduire de tout autre façon, s'ils veulent encourager aux sacrifices de temps et d'argent les médecins toujours harassés de fatigues et très peu fortunés. A. C.

II

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE ET CAISSE DES PENSIONS DE DROIT (*fin*),

Par M. le Dr ORDONNEAU.

En 1876, M. le Dr Benoist de *Saint-Nazaire*, présentait, sous le patronage de la Société de la *Loire-Inférieure*, un projet de *Caisses de pensions du droit* que l'Association aurait pu s'adjoindre en élevant le taux des primes annuelles de 12 à 25 et 50 francs. D'après les calculs du Dr Benoist, au bout de dix ans, la caisse aurait pu servir à ses retraités une pension viagère de 600 fr. environ, reversible, par moitié, sur la veuve ou les orphelins. Le projet, très étudié, dans ses ressources et son développement, était basé sur une institution analogue : la *Société de Secours mutuels et de Prévoyance des ouvriers et employés de la compagnie du chemin de fer d'Orléans*.

Le Dr Gaillard, pour qui les Sociétés d'assurance sur la vie réaliseront, peut-être encore d'ici longtemps, l'idéal de la Prévoyance, objecta que le projet « *n'offrait pas beaucoup plus d'avantages que la Caisse de retraites de la vieillesse, fondée par l'État, ou que les autres Sociétés d'assurances sur la vie; et que la gestion d'une semblable association serait fort coûteuse sinon impossible.* » L'assemblée ne fit même pas à notre malheureux confrère, qui avait fourni un labeur de bénédictin, l'honneur de lui accorder une commission d'examen, où il eût pu se rendre et répondre à des arguments étudiés. — La discussion eut lieu en séance publique et il faut voir quelle part a été donnée aux réponses de l'auteur. — En 1880 M. le Dr Laborde présente son plan d'association mutuelle : *la Prévoyance médicale*. Le rapporteur de la Commission nommée à l'effet d'examiner ce projet, M. le Dr L. Blanc, n'entre pas dans le détail des chiffres cités ; il s'en rapporte complètement sur ce point à l'étude qu'en a faite M. le Dr Lande. Les objections qu'il lui adresse sont de trois ordres.

1° L'impossibilité de réunir mille adhérents.

2° La léthalité particulière aux médecins, qui est plus forte que celle des tables de Deparcieux, et qui rend impossible, paraît-il, tout calcul servant à fixer les primes des assurés.

3° L'impossibilité évidente et connue, pour toute société fondée sur la mutualité de faire des placements aussi avantageux que les grandes Cies d'assurances, à qui sont permises des spéculations étrangères aux opérations d'assurances, spéculations qui viennent augmenter leurs bénéfices et par conséquent diminuer les chiffres des tarifs qu'elles offrent au public.

En 1881, la question de l'Assurance mutuelle sur la vie revient devant l'association générale avec le projet Ducosté et Bigourdan. Celui-ci avait pour but de constituer, à la veuve du médecin, une somme immédiatement obtenue, lors du décès du sociétaire, par les apports individuels de tous les adhérents survivants. Ce n'était pas là une conception de l'esprit, car nos confrères montraient que cette institution existait, sous le nom d'association des *old fellows*, aux États-Unis, où des Français réfugiés l'avaient fondée. M. Brun, nommé rapporteur, reprend l'argument de M. Blanc pour le projet Laborde : il est impossible de trouver mille sociétaires dans le corps médical. Moins heureux encore que le projet Benoist, qui, lui, *avait quelques avantages de plus* que la caisse des retraites pour la vieillesse, celui de MM. Ducosté et Bigourdan se trouve en avoir *moins*. Enfin quoiqu'on n'en eût point fait l'essai, on ne doutait pas que le Conseil d'État ne refusât l'autorisation à une société qui se fût présentée dans des conditions aussi peu favorables, et les conclusions de M. Brun étaient votées à *l'unanimité*.

On le voit, si les propositions d'assurances sur la vie ne trouvent pas à l'Association générale des raisons solides contre elles, elles y trouvent du moins un échec certain.

Pourtant, à l'époque de la création de l'Association, celle-ci promettait de s'approprier dans un avenir plus ou moins éloigné, toutes les institutions confraternelles dont l'étude aurait fait connaître la possibilité d'exécution. Il aurait donc dû rentrer dans son évolution normale, qu'après la fondation d'une *Caisse de pensions de Secours*, elle étudiât sérieusement une *caisse de pensions de droit*, et qu'en voyant la possibilité, elle en prît l'initiative.

Mais l'Association s'illusionne sur l'avenir qui lui est réservé ; elle espère que ses capitaux et ses adhérents augmenteront toujours également, et que, dans un avenir prochain, elle triplera, ou doublera tout au moins son capital de réserve et le chiffre des pensions qu'elle distribue ; qu'enfin elle suffira par son seul développement à remplir largement la tâche de bienfaisance qu'elle s'est assignée. Justement fière des résultats moraux qu'avec des moyens, en apparence insignifiants, elle est parvenue à obtenir, mesurant l'espace parcouru depuis sa constitution et satisfaite de sa caisse de *pensions viagères*, elle n'est pas loin de considérer son œuvre comme seule capable de nous conduire à l'extinction du paupérisme médical. Elle est forcément poussée, on le comprend, à mettre en suspicion tout projet nouveau, basé sur d'autres principes que celui qui fait sa force et son succès, la Charité. Là est le secret de la chute des anciens projets qui demandaient sa subvention ou son hospitalité. Là est encore la cause de l'insuccès qui attend tout projet qui lui demandera son appui moral. Nous n'ignorons pas que, fort du patronage de l'Association, un projet de *Caisse de pensions de droit* aurait plus de chances de réussite que s'il était présenté par un groupe restreint de médecins; mais, nous le répétons sans

crainte d'être démenti par l'avenir, il en sera de cet appui moral comme des demandes de subvention ou d'hospitalité. Qu'on se rapporte à la naissance et au développement tout récent des *Syndicats*. Ce n'est qu'au bout de trois ans qu'on a pu conjurer son hostilité, malgré l'article des Statuts de la plupart de ces sociétés qui établit qu'en cas de dissolution, les fonds seraient versés à la Caisse des Pensions viagères de l'Association générale.

Il n'est donc pas téméraire d'affirmer que l'Association ne fera rien dans cet ordre d'idées, et que le plus grand appui qu'elle apportera à la fondation d'une caisse de pensions de droit sera sa neutralité absolue.

Ainsi sera déblayé le terrain où gisent les premiers obstacles à la constitution de la Caisse nouvelle.

Il faut donc que le *tiers état médical* compte sur lui et rien que sur lui. Sans abandonner l'Association générale, il trouvera facilement en plus de l'impôt de charité qu'il paye à cette dernière, le supplément nécessaire pour payer son droit à la pension.

Le projet accepté ne satisfera pas les quinze mille médecins français, mais il conviendra à ce nombre de mille adhérents, qu'il est nécessaire et suffisant pour qu'il reçoive la consécration du succès.

Ce nombre ne sera pas plus difficile à trouver en France qu'en Belgique, nous en avons déjà l'assurance de M. Durand-Fardel. Sans avoir recours, sous le nom de *Fédération médicale*, à la réunion sous une même bannière de trois corporations qui relèvent de l'art de guérir (1), on trouvera sûrement, malgré l'avis de M. Blanc et de M. Brun, les mille affiliés que désirent MM. Benoist, Bigourdan et Laborde. Nous n'en voulons pour preuves que les raisons suivantes :

Le nombre de médecins exerçant la profession en France qui, l'ayant demandé, subissent la charité de leurs confrères est de deux cent quarante-cinq pour les 7780 membres de l'Association générale, soit 1/32 environ du chiffre des adhérents. Soit sept mille cinq cents environ, le nombre des médecins qui, obligés de se secourir eux-mêmes, plutôt que de songer aux autres, ne font point partie de l'Association, on ne pourrait estimer à moins de 1/32 le nombre des nécessiteux de cette seconde partie du Corps médical. Il y a donc annuellement sur les quinze mille sept cents médecins de France, cinq cents médecins ou veuves de médecins qui sont dans la détresse.

Mais « autour de ce noyau de malheureux « classés, numérotés et connus, il doit y avoir, il « y a bien certainement une zône, une couche plus « ou moins épaisse et plus ou moins étendue de « confrères que la gêne enserre de sa terrible « étreinte; ceux-ci atteignent aux confins de la « vieillesse; ceux-là, plus jeunes, n'ont jamais « été favorisés par la fortune; ce sont les déshérités de la nature, les impuissants, les *trop* « *honnêtes*, peut-être; ils n'en existent pas « moins et si nous ne les connaissons pas, nous « en pouvons deviner les souffrances cachées (1). »

(1) Pourquoi pas ? (A. C.)

On admettra bien que cette classe est trois fois aussi nombreuse au moins que celles des nécessiteux; il y a donc *mille cinq cents médecins qui ont un intérêt urgent* à entrer comme participants, à la Caisse des pensions de droit et s'il n'y en a que les 2/3 qui s'y décident, le groupe nécessaire et suffisant est trouvé, il répondra quand on lui fera appel (2).

Or, veut-on savoir ce qu'avec une institution semblable à la Caisse belge, mille médecins réunis par la mutualité pourraient payer de rentes, au bout de dix ans, à leurs premiers pensionnaires; ils ne paieraient pas moins *de 51,000 francs de retraites*, sans parler des secours temporaires distribués aux membres du Corps médical qui y seraient ou n'y seraient pas affiliés.

L'année suivante, c'est-à-dire dès la douzième année, ils pourraient servir *71,000 francs de pensions de droit*, assurément autant qu'en pourra distribuer à cette époque après trente-cinq années d'existence, la Caisse des pensions viagères de l'Association générale.

A cette époque, l'Association générale donnera son appui moral et acceptera peut-être, dans son sein, la *Caisse des pensions de droit*.

D[r] L. ORDONNEAU.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Diabète et croûte de pain

Je dîne quelque fois avec un de mes vieux amis, diabétique depuis quinze ans, et qui, en sa qualité de bavard, est au courant de toutes les manies de ses confrères en sucre : je mange ma galette (ain de croûte bien cuit); lui mange la croûte de deux galettes. — Mais, lui dis-je souvent, vous savez combien votre méthode est peu efficace; vous ferez beaucoup mieux de manger la mie et non la croûte de votre pain. — Mon cher monsieur, répondit-il, je me range à *l'avis de la majorité !*

Voyons donc ce que vaut l'avis de la majorité :

1° Tout le monde connaît le grand pain rond de ménage pesant 2 kilogr. J'en prends une tranche bien égale, j'arrache et gratte avec les ongles tout ce qu'on peut extraire comme mie.

Les deux portions sont pesées, desséchées, etc., suivant les moyens rationnels, et je trouve que, dans ce pain, *la croûte contient à elle seule au moins les* 32 0/0 de la matière sèche ou valeur vraie. Et remarquez qu'il s'agit ici du *pain de mie* par exellence, celui qui est proscrit de la table des diabétiques.

2° Voici du beau pain de table, dit *pain-vien-*

(1) D[r] A. Coriveaud. Journal de Médecine de Bordeaux du 8 avril 1883.

(2) La Caisse belge n'a eu à son début que six cents adhérents environ.

nois, bien cuit, de forme cylindrique ordinaire, et par suite n'étant pas poussé à la croûte. Je le dessèché, etc....

Celui qui mange la croûte de ce pain ingère au moins les 52 0/0 de la matière sèche totale qu'il contient.

3° Nous connaissons tous le *pain à café*. C'est un pain très poreux, pesant 80 grammes et coûtant 5 centimes. Celui qui en mange seulement la croûte *ingère les 62/00 de la matière sèche totale* qu'il contient. Et notez que ce pain résultant de la séparation d'un autre qui lui était accouplé, présente une extrémité totalement dépourvue de croûte.

4° Arrivons maintenant au pain préféré des diabétiques, le *pain de croûte*, la galette dont le petit modèle des restaurateurs pèse 90 grammes et coûte 10 centimes. Celui qui en mange la croûte et délaisse la mie, n'en ingère pas moins pour cela les 75 0/0 de la matière sèche totale qu'il contient.

Mais la galette qu'on fait pour le restaurateur est très modérement cuite, la surface est pâle. Si on recommande au boulanger de la faire bien cuire ce n'est plus 75 0/0 du poids réel de la matière séche que représente à elle seule la croûte, mais 77 0/0.

Le ménage X.... est à table. Monsieur mange la croûte d'une grande galette qu'il rapporte lui-même en revenant de son bureau; Madame mange la mie. Monsieur, qui est diabétique, mange donc trois fois plus de pain que sa charmante moitié, qui ne l'est pas.

5° Madame Z...., concierge, est devenue diabétique depuis certains coup de balai sur la tête. Elle a horreur du *colifichet*; c'est bon pour ses oiseaux. Elle mange à chaque repas la croûte *d'une flûte à potage* pesant 135 gr. et coûtant 10 centimes, sans tenir compte qu'elle mange ainsi les 77 0/0 réels de son pain.

Voyez-vous les braves gens qui se croient au régime. Voyez-vous mon vieil ami le diabétique qui, en mangeant sa croûte, mange en réalité 154, tandis que, en mangeant la mie, comme je le lui conseille, il n'ingérerait que 46. Pourquoi, direz-vous, mange-t-il autant de croûte? Il vous répondra que, après tout, il a faim, et que la croûte ne le nourrit pas. Ce que nous traduisons de la manière suivante: la plus grande partie du pain qu'il mange sous forme condensée, sert à faire du sucre qui ne lui profite pas; d'autre part la croûte gonflant moins que la mie, le sentiment de plénitude gastrique est plus tardif. Si, au lieu de faire des tartines de beurre sur la croûte, il les faisait sur de la mie, il ingérerait la même quantité de graisse sur un support que j'estime environ quatre fois moins farineux, d'après quelques essais.

Enfin, on aurait pu croire que si la croûte de pain entretient la glycosurie, c'est parce que la cuisson l'approcherait davantage de la transformation glycosique: c'est de l'hypothèse, à laquelle on préférera de beaucoup les bonnes grosses réalités que nous avons énumérées. Il est vrai que dans la croûte aussi bien que dans la mie, on trouve une trace d'un sucre probable, qui réduit la liqueur de Fehling par exemple; mais cette trace n'est guère plus prononcée dans la première que dans la seconde. Et puis, après tout, glycose, dextrine, amidon, n'est-ce pas la même chose quant au résultat final de la digestion?

Le meilleur moyen de dompter ses passions est de les satisfaire... raisonnablement. Exemple: on apporte un gigot aux haricots et des pommes de terre soufflées. Mon homme, ouvrant des yeux pleins de convoitise, pleurnichait, disant que son sort était affreux; lui qui adorait les pommes frites, hélas! il lui était interdit de manger *des farineux*. Je le décidai à en goûter.

Que représentent donc ces terribles farineux? Comme la mie de pain, une matière sèche, riche en amidon, imbibée de beaucoup d'eau. Et si je mets les réalités en parallèle, je trouve que le monsieur qui mange *la croûte d'une galette de pain de 100 grammes*, ingère autant de matière sèche que s'il mangeait 150 *gr. de haricots bien cuits*, c'est-à-dire une forte assiette; ou 325 *gr. de pommes de terre*, c'est-à-dire deux à trois portions de pommes soufflées.

Attendez-vous, mes chers confrères à rencontrer quelque difficulté dans la conversion de vos diabétiques. Il leur sera difficile d'admettre que la croûte, qui est brune, soit plus riche en farine, plus farineuse que la mie qui est blanche et pâteuse. L'apparence des choses est énorme; il est traditionnel, dans la jaunisse, de prendre du bouillon de carottes, qui est jaune: on garde la foi dans la croûte de pain parce qu'elle ressemble à la croûte du pain de gluten.. quand celle-ci ressemble à la croûte de pain, *Similia similibus.... quando similia.*

Conclusion. — Quand un diabétique s'est dégoûté du pain de gluten, faites-lui manger *de la mie de pain de ménage rassis*; le poids sera réglé suivant le pouvoir glycosurique du sujet.

Expliquez-lui la manière relativement inoffensive de satisfaire ou calmer ses désirs pour les farineux; de même ferez-vous pour les fruits qui, généralement, sont encore plus aqueux. Le quart d'un morceau de sucre, c'est-à-dire 1 à 2 grammes dans le coin de la bouche en prenant le café ou le thé, car il est avec le régime bien des accommodements, quand ils sont dirigés avec sagacité.

Dr Esbach.

S'il faut se défier du *pain de croûte*, quelle valeur doit-on accorder au *pain de gluten*?

Nous ne saurions mieux faire que de rapprocher de ce morceau très intéressant, que nous avons emprunté au *Bulletin de thérapeutique*, les remarques très pratiques que M. Demange a consignées dans le *Dictionnaire encyclopédique, art.* DIABÈTE.

M. Demange est d'avis qu'il ne faut pas trop se fier au pain de gluten; non-seulement il est désagréable au goût et difficile à digérer, mais, d'après les recherches de Mayet et de Boussingault, il contient de 16 à 44 0/0 de fécule.

En outre, le pain de gluten du commerce donne environ 62, 50 0/0 de sucre, c'est-à-dire plus que le pain ordinaire qui n'en fournait 50 0/0 quand il

est frais et 60 0/0 quand il est sec (Mayet). Voilà donc un aliment spécialement réservé aux diabétiques et qui, à quantité égale, renferme plus de matières saccharifiables que les haricots, les lentilles, les pois, les pommes de terre et les pâtes que l'on proscrit absolument.

En comparant la richesse en fécule du pain de gluten et des divers aliments féculents, Boussingault a montré que, en admettant que le pain de gluten renferme 40 0/0 d'amidon, *on pourrait, sans préjudice pour le diabètique, remplacer 100 gr. de pain de gluten par :*

52 gram. de riz.
53 — de vermicelle.
72 — de lentilles.
73 — de pain ordinaire.
82 — de haricots.
97 — de brioche.
173 — de pommes de terre.

On peut ainsi varier, dans une certaine mesure, la nourriture des malades, ce qui n'est point sans importance : *la pomme de terre serait encore le moins nuisible de tous les féculents.* Quant au pain de son, il offre les mêmes inconvénients que le pain de gluten.

De cette étude, M. Demange conclut que si l'on veut priver absolument le malade de féculents, il faut lui conseiller, avec M. Lécorché, de s'abstenir absolument de l'usage du pain, même du pain de gluten.

REVUE CLINIQUE

DYSMÉNORRHÉE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

Hôpital de la Clinique.

M. LE PROFESSEUR DEPAUL.

Je vous présente un corps de coloration gris-rosé, de consistance assez ferme, entièrement irrégu ier par ses bords, de forme oblongue, qui a été rendu ce matin par une femme atteinte de la curieuse affection décrite sous le nom de dysménorrhée pseudo-membraneuse.

Presque tous les mois, la malade dont il s'agit a des règles extrêmement pénibles, difficiles, douloureuses et ces accidents disparaissent après l'expulsion de corps analogues à celui que je vous présente, pour se produire a la période menstruelle suivante.

Cette affection n'est autre chose qu'une altération encore mal connue de la muqueuse utérine, qui se détache partiellement et est ensuite expulsée; il se produit là, accidentellement, un phénomène analogue à celui que l'on observe normalement dans la grossesse, lorsque la membrane caduque se détache.

La dysménorrhée pseudo-membraneuse est utile à connaître à plus d'un titre.

D'abord, au point de vue du diagnostic qu'il faut faire entre elle et une fausse couche. Vous ne sauriez croire le nombre de malades et de médecins qui prennent cela pour une fausse couche.

Voici une jeune femme mariée depuis peu de temps ; elle a eu un retard de quelques jours dans la menstruation, quinze jours, un mois : tout à coup, elle est prise de douleurs assez vives, elle est obligée de prendre le lit; cet état dure un certain temps et se termine par l'expulsion au dehors d'une quantité variable de sang, en même temps que d'un débris de membrane, semblable à celui que je viens de vous montrer.

Il n'y a pas doute pour elle, elle a fait une fausse couche, et il est bien rare qu'elle ne fasse pas entrer sa conviction dans l'esprit de son médecin, lorsqu'elle lui fait part de la découverte qu'elle a faite au milieu des caillots sanguins qu'elle a rendus. L'erreur est difficile à éviter lorsqu'on n'a pas été mis en présence du corps expulsé; elle est commise quelquefois lorsqu'on a eu ce même corps entre les mains et que l'on ne l'a pas examiné avec assez de soin.

Je crois que c'est à cette circonstance que l'on doit de rencontrer un si grand nombre de femmes qui n'ont jamais eu d'enfant, et qui affirment que pendant les premiers temps de leur mariage, elles ont eu un assez grand nombre de fausses couches.

La manière d'éviter de semblables erreurs, c'est d'être prévenu de leur possibilité, et d'examiner toujours, avec le plus grand soin, le produit rendu par une femme qui est censée faire une fausse couche. La différence entre le produit de la conception, et le débris de muqueuse de la dysménorrhée, est telle qu'il est difficile de se tromper dans ces conditions.

La dysménorrhée pseudo-membraneuse ne se borne pas à être une cause d'erreur, et à faire croire à des grossesses qui n'existent pas, c'est encore une cause puissante de stérilité. En admettant, en effet, que l'œuf soit fécondé, il lui est bien difficile de se fixer sur une muqueuse aussi malade, et qui a la plus grande tendance à tomber. Cette cause de stérilité est d'autant plus importante qu'il est très difficile de la guérir.

Je soigne en ce moment une jeune femme qui est atteinte de ce mal et, malgré les traitements les plus énergiques, je n'ai pu arriver à la guérir. J'ai fait cependant tout ce qu'il est possible de faire en pareille circonstance : cautérisation au nitrate d'argent de la cavité du col, cautérisation de ce même col au fer rouge. J'ai injecté, dans la cavité du col et du corps, les substances modificatrices les plus diverses, et quelquefois les plus énergiques : teinture d'iode, perchlorure de fer, solution de nitrate d'argent; rien n'y fait. On obtient, il est vrai, une légère amélioration, sous l'influence de ces diverses médications, mais elle n'est que momentanée, et après une ou deux périodes menstruelles à peu près normales, la douleur, les coliques se reproduisent, accompagnées de l'expulsion de fausses membranes analogues à celle que vous venez de voir.

(Revue des maladies des femmes).

COURRIER

Taille hypogastrique.

Monsieur le Directeur,

Je soumets au Comité d'examen du journal, un nouveau procédé de taille hypogastrique.

Le procédé classique me paraît laisser à désirer en deux points : 1° la dilatation de la vessie par une injection d'eau se fait mal, parce que l'eau arrivée dans la vessie, tend à sortir entre la sonde et les parois de l'urèthre ; 2° Après l'incision de la vessie, l'eau s'échappe, la vessie se rétracte, et devient difficile à fouiller, de sorte que la dernière partie de l'opération, l'extraction du calcul est souvent malaisée.

Je propose de faire la dilatation au moyen d'une ampoule, ou petit ballon en caoutchouc ; adopté à l'extrémité d'une sonde à robinet. Une injection d'air ou d'acide carbonique, dilate l'ampoule, lorsqu'elle est introduite dans la vessie ; et il est à présumer que la dilatation ainsi faite, sera plus uniforme et moins douloureuse. La dilatation opérée au degré voulu, on incise la paroi vésicale avec précaution, et le ballon maintient la vessie, sans qu'il y ait à craindre de la voir se retirer derrière le pubis, les doigts du chirurgien pénètrent sans peine entre le ballon et la paroi de la vessie pour aller chercher le calcul.

Il me semble que voilà un procédé simple et sûr, de nature à faciliter la taille hypogastrique, l'ovariotomie donne aujourd'hui 70 0/0 de succès ; la taille hypogastrique, évidemment moins dangereuse, doit en donner au moins 90 0/0.

Agréez, etc. Dr LATAPIE
(de Lourdes, Hautes Pyrénées).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DE L'ARRONDISSEMENT DE SENLIS (Oise).

Séance du 23 février 1883.

Extrait du procès-verbal.

M. le Président Millet rend compte de la visite qu'il a faite à M. le Sous-Préfet :

Après l'avoir écouté avec attention, et fait seulement quelques objections de détail, M. le Sous-Préfet lui a déclaré qu'il ne pouvait rien par lui-même et devait en référer à son chef hiérarchique. Il a terminé en demandant à notre syndic les délibérations écrites de l'assemblée pour être envoyées au préfet.

L'assemblée s'arrête aux redactions suivantes :

Inspection médicale des enfants du premier âge : Les membres de l'Association syndicale professionnelle des médecins de l'arrondissement de Senlis, désireux de faire acte de patriotisme et de philanthropie en favorisant l'application de la loi du Dr Roussel sur la protection des enfants du premier âge ;

Acceptant l'indemnité de un franc qui leur est allouée pour chaque visite mensuelle faite à un enfant soumis à l'inspection médicale.

Mais, considérant que l'accumulation de registres, d'états en triple expédition, et d'écritures de toute sorte, empêche seule le bon fonctionnement du service d'inspection, ils émettent le vœu :

1° Que les médecins inspecteurs soient autorisés à se servir du carnet à souche préconisé par M. le ministre de l'intérieur dans son rapport au président de la République en date du 26 décembre 1882.

Une feuille de ce carnet serait remplie par le médecin lors de chaque visite d'enfant, et transmise par lui à la préfecture sous bande signée par le maire de sa résidence. Le paiement des indemnités serait fait au médecin par l'administration, en un mandat et d'après le nombre de feuillets détachés du carnet à souche.

Pour rendre plus facile cette modification, les membres du Syndicat s'offrent à faire les frais des premiers carnets.

2° Que l'indemnité pour les visites faites aux nouveaux-nés, sur réquisition des maires, conformément à l'article 10 de la loi, tout en restant fixée à un franc par visite, soit augmentée en raison du déplacement qu'elles exigent, de vingt-cinq centimes par kilomètre parcouru.

3° Qu'aucune modification aux circonscriptions tracées dans le tableau récemment établi, ne puisse être faite sans le consentement des médecins titulaires.

Inspection sanitaire des écoles : — Les membres de l'Association syndicale professionnelle des médecins de l'arrondissement de Senlis, considérant :

Qu'il n'est que juste de réagir contre la tendance qu'ont les administrations à confier aux médecins des fonctions non rétribuées et onéreuses pour eux ;

Que le service d'inspection sanitaire des écoles ne pourrait exister sans le concours des médecins ;

Fidèles, d'autre part, aux devoirs envers la société qui leur sont imposés par la tradition ; décide :

Qu'une indemnité modeste, mais honorable, devra être assurée aux médecins inspecteurs des écoles ;

Que celle-ci devra être fixée, au minimum, à cinq francs par chaque visite d'école, à quelque distance qu'elle soit, et quel que soit le nombre des enfants à examiner.

L'Assemblée, considérant en outre que toute perte de temps, toute fatigue inutile doit être évitée aux médecins-inspecteurs ;

Émet le vœu :

1° Qu'une seule visite soit faite obligatoirement dans la première quinzaine qui suit la rentrée annuelle des classes. D'autres visites pourraient être demandées par les maires dans le courant de l'année, par réquisition écrite chaque fois qu'ils le jugeraient utile.

2° Qu'un carnet à souche soit adopté pour l'inscription du résultat de chaque visite.

Les feuilles de ce carnet ainsi remplies seraient détachées et remises aux maires, ou envoyées au préfet.

Elles serviraient encore à établir le montant des indemnités dues à chaque médecin inspecteur.

Les réquisitions des maires leur seraient annexées comme pièces justificatives.

3° Que les circonscriptions de l'inspection sanitaire des

écoles soient les mêmes que celles adoptées pour l'inspection des nouveaux-nés. Ces circonscriptions ne pouvant être l'objet d'aucune modification sans le consentement des médecins titulaires intéressés.

Dépouillement de la correspondance : — M. le président donne lecture d'une lettre de l'un des membres du Syndicat lui demandant son avis relativement à un certificat de santé, et de la réponse qu'il y a faite.

Cette réponse est approuvé par l'Assemblée. Une lettre de M. le Dr Labitte, de Clermont, demande quarante exemplaires du compte rendu pour envoyer aux confrères de son arrondissement.

L'Assemblée décide que ce compte rendu sera envoyé à tous les médecins du département de l'Oise.

Le Dr Cassius, secrétaire du Syndicat de Lot-et-Garonne, écrit pour demander à l'Assemblée son avis sur la conduite à tenir en cas de réquisition pour expertise médico-légale.

Renvoyé à la quatrième commission.

Sur la proposition du président, l'Assemblée décide que le journal le *Concours médical* sera l'organe officiel du Syndicat.

L'Assemblée adopte ainsi la résolution suivante :

En cas de proposition quelconque de la part de l'administration à un des membres du Syndicat, aucune réponse individuelle ne sera faite. Le syndic sera avisé et répondra au nom de la collectivité s'il y a lieu. En cas d'urgence, il provoquera une réunion.

Le syndic-président, Dr MILLET. — *Le Sécretaire-Trésorier*, Dr MAURAT.

II

SYNDICAT DE L'ARRONDISSEMENT DE BEAUVAIS.

Membres. — MM. EVRARD, *Président*, Beauvais. — GÉRARD, *Vice-Président*, Beauvais. — LE VAILLANT, *Secrétaire-Trésorier*, Beauvais. — MM. BOULLENGER, Auneuil. — BOURGEOIS, Jouy-sous-Thelle. — AUDAIN, Beauvais. — CLOZIER, Beauvais. — DEVÉ, Beauvais. — DUPUIS, Beauvais. — LESAGE, Beauvais. — CAPRON, Chaumont. — CARON, Coudrey-St-Germer. — DENIS, Coudray-St-Germer. — BLOND. St-Aubin-en-Bray. — LAPUZEWSKI, Serifontaine. — LEROY, Formerie. — ZUEDDE, Grandvilliers. — FONTAINE, Marseille. — BARBIER, Achy. — GEY, Méru. — BOURDON, Méru. — DAUGREILH, Andeville. — BARRAT, Bresles. — VIDAL, Noailles. — CORROZE, Sainte-Geneviève. — LEGRAND, Sainte-Geneviève. — LEVASSEUR, Crillon. — DUHAMEL, Villembray. — ROISIN, Crevecœur. —

NOUVELLES

La Chambre des députés compte un médecin de plus. M. le docteur JULES CARRET vient d'être élu député de la première circonscription de l'arrondissement de Chambéry.

Nous annonçons avec plaisir à nos lecteurs, que M. le Dr A. LEGENDRE, de *Saint-Léger-sous-Beuvray* (Saône-et-Loire), déjà récompensé en 1882, pour ses Lettres sur *l'Industrie nourricière*, a obtenu, cette annee encore, sur le rapport de M. le Dr Moizard, médecin des hôpitaux, de la Société protectrice de l'Enfance de Paris, le prix annuel de 500 fr.

La question mise au concours était celle-ci :

Exposer, dans des observations recueillies par l'auteur, q elles ont été, dans ces dernières années les affections prédominantes chez les enfants en bas âge, et quel a été le chiffre comparatif de la mortalité entre ceux élevés au sein et ceux élevés au biberon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

La Société avait mis au concours la question suivante. — « *Comment meurent les goutteux?* » — La Société a décernée la première médaille d'or (de 200 et 300 fr. en argent), au mémoire du Docteur All. SORDES (*de Tarare*), membre du *Concours médical* — La deuxième médaille à M. CARADEC fils (*de Brest*). — En outre, les candidats sont nommés membres correspondants de la Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse.

BIBLIOGRAPHIE

LIBRAIRIE A. DELAHAYE ET LECROSNIER.

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

Manuel des injections sous-cutanées, par MM. BOURNEVILLE et BRICOR.

Dans ce petit livre se trouve condensé tout ce qui a été écrit jusqu'à ce jour sur les injections sous-cutanées. Passant successivement en revue les nombreux médicaments qui ont été administrés par injections sous-cutanées, ce manuel est appelé à rendre de réels services aux médecins qui cherchent dans la méthode hypodermique, une action rapide et sûre des substances employées.

PUBLICATIONS

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE.

Des précautions hygiéniques et prophylactiques à prendre contre la fièvre typhoïde, par le Dr L. Grellety (de Vichy).

Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8, Paris.

Microchimie végétale, guide pour les recherches phyto-histologiques, à l'usage des étudiants ; par V. A. POULSEN. Traduit d'après le texte allemand par S. Paul LACHMANN. — In-8 de 119 pages. Prix : 2 francs.

Le *Sommeil normal et le Sommeil pathologique*. Magnétisme animal, hypnotisme, névrose, hystérique, par E. YUNG, Privat Docent à l'Université de Genève. Un volume in-18 jésus de 200 pages. Prix : 2 fr. 50.

L'*Alimentation dans la Tuberculose*, par le Dr J. PELLETAN, Directeur du Journal de micrographie, grand in-8 de 52 pages Prix : 3 francs.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

9 Juin. 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 23

SOMMAIRE

BULLETIN

L'ordre du jour appelle, à l'Académie, la discussion sur le rapport de la Commission chargée de proposer des résolutions relatives à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Nous avons donné, dans notre dernier Bulletin, les conclusions de ce rapport.

M. *Fauvel* pense qu'en votant ces conclusions l'Académie se départirait de ses usages traditionnels: n'étant pas consultée directement par le Gouvernement, elle n'a pas à intervenir pour porter un jugement sur les opinions émises devant elle, dans le cours d'une discussion : elle devrait donc se contenter de recommander à la sollicitude de l'Autorité compétente l'examen des questions qui ont été traitées à propos de la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

M. *Bergeron* pense, au contraire, qu'il est inadmissible que l'Académie termine la sérieuse et importante discussion à laquelle elle se livre depuis cinq mois sans dire son mot sur les mesures à prendre en vue d'assurer la prophylaxie contre cette maladie. Il ne s'agit pas de se prononcer pour telle ou telle théorie, mais d'adopter des conclusions pratiques indiscutables. L'orateur rappelle que c'est de l'initiative académique que sont sortis la loi sur la protection de l'enfance et l'avis sur les dangers de l'alcoolisme, d'où est née la loi sur l'ivresse.

M. Fauvel trouvait la rédaction de la Commission trop précise, M. *Blot* la trouve trop vague et, par conséquent, insuffisante.

M. *Rochard*, rapporteur, pense que l'Académie ne doit pas se borner à discuter les propriétés respectives du sulfate de quinine et du salicylate de soude, mais qu'il est de sa dignité de revendiquer les questions d'hygiène comme étant de son ressort. Elle aurait sans doute pu clore la discussion sans donner son avis, puis qu'on ne le lui avait pas demandé officiellement. Mais, outre qu'il est de l'intérêt d'une société savante de ne pas paraître sommeiller alors que s'agitent autour d'elle des problèmes scientifiques qui font partie de ses études, l'Académie se trouve engagée par la proposition que lui ont faite quelques-uns de ses membres de se prononcer sur certains points parfaitement définis. En gardant le silence, elle semblerait conseiller à l'Autorité de ne pas se préoccuper des réformes et des mesures qui ont été indiquées en vue de l'assainissement de Paris et porterait ainsi un grave préjudice à la santé publique.

ÉLECTION. — M. *Cazeneuve* (de Lille) est élu membre associé national. — C'est le Dr *Lunier*, bien connu par ses travaux d'hygiène et de statistique, qui a été élu à la dernière séance, et non M. Prunier, comme nous l'a fait dire une erreur typographique. Dr J. GEOFFROY.

MÉDECINE PRATIQUE

COMMENT ON FAIT LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA MOELLE.

La connaissance des maladies de la moelle épinière est peut-être la plus belle conquête dont puisse se glorifier la médecine de notre temps. Pour ne citer que quelques grands noms parmi la pléiade de savants qui ont décrit et classé ces maladies, les Duchenne (de Boulogne), Ollivier (d'Angers), Vulpian, Charcot en France, les Turck, Leyden, Erb, Gowers, Buzzard à l'étranger, ont amené cette partie de la pathologie à un tel degré de perfection que le temps n'est pas éloigné où les maladies de la moelle nous seront tout aussi familières que celles de tout autre organe.

Toutefois, en ce moment encore, il faut le reconnaître, un grand nombre de médecins, que le labeur quotidien met dans l'impossibilité de suivre pas à pas la marche en avant de l'avant-garde scientifique, sont assez embarrassés d'établir le diagnostic, lorsqu'ils se trouvent en présence d'une affection de la moelle. Ce qu'il faut à ces confrères, c'est une bonne méthode d'examen clinique, leur permettant de passer en revue, sans en omettre, tant de fonctions si compliquées qui peuvent être troublées par une lésion médullaire.

Ce plan général d'examen clinique n'existait à notre connaissance dans aucun de nos livres classiques; c'était là une lacune, et nous sommes heureux de voir qu'elle vient d'être comblée par la traduction d'un excellent ouvrage anglais.

Le traité des maladies de la moelle par le D[r] Byrom-Bramwell, professeur de clinique à Edimbourg (1), contient de remarquables pages sur le diagnostic général de ces affections, et nous croyons que beaucoup de médecins français seront reconnaissants à deux des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. G. Poupinel et M. L.-H. Thoinot, dont la plume élégante et fidèle vient de faire connaître ce livre. Nous avons pensé être agréable à nos confrères, en partageant avec eux le profit de la lecture que nous venons d'en faire.

I

Renseignements préliminaires.

Age. — Les maladies de la moelle frappent avec une fréquence inégale les différentes périodes de la vie.

L'Enfance est surtout exposée à la myélite localisée à la corne antérieure de la substance grise, ou *paralysie atrophique*, paralysie infantile, dont le maximum de fréquence est entre un et quatre ans.

Dans les premières années de la vie débute le plus souvent la paralysie *pseudo-hypertrophique*. Très fréquentes aussi sont les méningites, et surtout la *méningite tuberculeuse*.

Dans la *jeunesse et la première adolescence* se rencontre le plus fréquemment la paraplégie symptomatique du *mal vertébral de Pott*; on y trouve encore souvent les *paralysies hystériques*.

Age viril. — La sclérose en plaques entre vingt et trente ans, l'ataxie locomotrice entre trente-cinq et quarante-cinq, l'atrophie musculaire progressive et les autres formes de myélite systématique ou diffuse, aiguë ou chronique, sont l'apanage de la période moyenne de la vie.

Sexe. — Si l'on excepte les paraplégies hystériques et réflexes, les troubles variés confondus sous le nom d'irritation spinale, on peut dire d'une façon générale que les hommes sont plus souvent que les femmes affectés de maladie médullaire, probablement parce qu'ils sont plus exposés à l'action de causes telles que la fatigue, les traumatismes, le froid, la syphilis, etc.

Profession. — Facteur peu important, sauf pour quelques exceptions. La paraplégie des plongeurs et des ouvriers soumis à une pression atmosphérique excessive; les atrophies musculaires disséminées des saturnins; l'atrophie musculaire progressive fréquente dans les métiers où le système musculaire est surmené.

Maux qui décident le malade à venir consulter.

Bien souvent c'est quelque *trouble survenu dans l'appareil locomoteur*. Mais d'autres fois, au début de l'ataxie, par exemple, c'est pour des *douleurs* soi-disant *rhumatismales ou névralgiques*; des *troubles oculaires* (diplopie, strabisme, amblyopie).

Tantôt une myélite s'accuse d'abord par une *douleur dorsale* localisée ou diffuse, tantôt par une *difficulté de la miction*, tantôt par un *désordre des fonctions sexuelles* (affaiblissement, surexcitation, impuissance).

Antécédents pathologiques du malade.

La *syphilis*, le fait n'est pas contestable, joue un rôle important, sinon prépondérant, comme le veulent quelques auteurs trop exclusifs, dans la genèse du tabes dorsal.

La *diphthérie* engendre les paralysies les plus variées. La *scrofule*, le *rhumatisme* et la *goutte*, *l'alcoolisme*, *l'intoxication saturnine*; les maladies infectieuses, *fièvre typhoïde*, *variole*, sont des commémoratifs de premier ordre.

Antécédents de famille.

Les affections médullaires les plus fréquemment héréditaires sont la paralysie pseudo-hypertro-

(1) Paris, Lauwereyns, 1883.

phique, puis l'atrophie musculaire progressive, parfois aussi l'ataxie locomotrice.

Mais il n'est pas moins important de connaître les tendances névropathiques, d'une famille qui se transforment de génération en génération : — mère hystérique, enfants épileptiques, petits-enfants mal formés du cerveau ou de la moelle.

En cas d'affection constatée, une paraplégie par compression lente de la moelle chez un descendant de cancéreux, éveille l'idée d'un néoplasme intrarachidien ; une méningite chez un issu de scrofuleux a de grandes chances d'être tuberculeuse.

Début et marche antérieure de la maladie actuelle.

Brusquerie ou lenteur du début et de l'évolution sont des renseignements précieux. — Un exemple : deux malades présentent l'atrophie des muscles interosseux et de l'éminence thénar. Celle-ci a débuté dans un cas il y a plusieurs mois ou années, dans l'autre, il y a quelques semaines. Dans le premier, c'est probablement une atrophie musculaire progressive ; dans le second, la marche rapide doit faire soupçonner une maladie locale du nerf cubital.

La paraplégie est immédiate dans les hémorrhagies intra-médullaires, les luxations et fractures du rachis ; rapide et souvent consécutive à une grande attaque, dans l'hystérie ; — lente dans les compressions et les scléroses ; — l'ordre d'évolution des symptômes, telle que l'atrophie et la paralysie : la seconde précède la première dans la paralysie infantile, la suit dans l'atrophie musculaire progressive.

La notion des traumatismes qui ont pu être subis, des traitements essayés antérieurement et de leur insuccès (mercure ou iodure de potassium, par exemple), ou de l'influence exercée par eux sur la production de certains symptômes (strychnine déterminant une raideur musculaire non inhérente à l'affection) ; autant de points à élucider.

II

Etat actuel du malade.

L'aspect général du malade impose dans quelques cas à lui seul le diagnostic, mais ne saurait dispenser de faire l'examen minutieux de toutes les fonctions ; telle incoordination motrice, qui suggère de suite le diagnostic ataxic, n'est qu'un des éléments de l'affection médullaire, prouve que les cordons postérieurs sont touchés, mais non qu'ils le sont seuls.

Pourtant quelques tableaux cliniques sont typiques.

« *L'ataxique* qui marche avec deux bâtons, tient ses yeux fixés sur ses pieds et sur le sol devant lui, n'avance que pas à pas, lentement, à intervalles réguliers ; on dirait qu'il réfléchit à chaque pas qu'il va faire ; mais les mouvements de la jambe sont désordonnés ; les pieds sont jetés de côté et les talons retombent brusquement et avec bruit sur le sol ».

Dans la *paraplégie spasmodique*, résultant d'une myélite transverse, ou rarement par sclérose latérale primitive, facies non altéré, état général de la nutrition excellent. « Dans les cas avancés le malade est au lit, les jambes fixées dans l'extension et l'adduction, les pieds tournés en dedans. Dans les cas récents, il marche encore : mais de quelle démarche ! Il se sert de béquilles, chaque pas lui coûte un effort considérable ; les pieds semblent fixés au sol et le malade ne peut les faire mouvoir qu'en soulevant le bassin et avec lui tout d'une pièce le membre inférieur. Le dos fortement cambré, il s'appuie tantôt sur une béquille, tantôt sur l'autre, et semble vouloir aider à l'élévation du tronc par le mouvement des bras. Les pieds sont traînés sur le sol avec bruit, les genoux s'entrechoquent et le pied qui se lève va se jeter au devant de l'autre. Parfois, dès que le pied vient de quitter le sol, le corps est tout entier agité d'un singulier mouvement de tremblement ».

Dans *l'atrophie musculaire progressive*, les mains amaigries, les doigts en griffe d'oiseau, et les bras décharnés, pendant impuissants, *semblent attachés au tronc par des ficelles* ; lorsque la masse lombaire se prend, le dos se cambre, le ventre est projeté en avant, mais la démarche n'est jamais dandinante comme dans cette autre affection étrange, dont voici le croquis.

La *paralysie pseudo-hypertrophique* atteint de jeunes sujets, qu'on voit alors s'avancer lentement, « le dos fortement cambré, la poitrine projetée en avant, les pieds largement écartés ; les talons sont ordinairement détachés du sol, par suite de la rétraction scléreuse des muscles du mollet ; les bras sont pendants et légèrement écartés du tronc ; ils servent de balanciers dans la marche. C'est qu'ici la démarche est un véritable balancement : le malade oscille d'un côté à l'autre, il éprouve une réelle difficulté à fléchir la cuisse sur l'abdomen et à lancer un pied en avant ; le pied quitte bien le sol à chaque fois, mais le malade progresse bien peu, et c'est un spectacle singulier de voir ce garçon dont les mollets et les cuisses font des saillies comme celles de l'Hercule Farnèse avoir tant de peine à se mouvoir.

Dans la *sclérose en plaques*, un facies ordinairement inintelligent, sans expression, hébété ; la bouche parfois à demi-ouverte, la parole traînante, les mots scandés ; parfois du nystagmus, c'est-à-dire une oscillation des globes oculaires, et un resserrement manifeste des pupilles. Au début, la démarche n'est pas altérée d'une façon notable ; pourtant le sujet marche la tête haute, ou légèrement inclinée d'un côté, parfois même un peu repliée en arrière : il y a un effort du malade pour maintenir le cou tendu et la tête droite. Bientôt se décèle un léger tremblement de la tête et du cou, enfin la démarche devient au plus haut degré hésitante et irrégulière, et l'incoordination motrice, s'exagérant pendant l'exécution de chaque mouvement volontaire, est telle, que le malheureux ne peut ni tenir un verre et le porter à sa

bouche sans en projeter tout le contenu, ni faire un pas sans se heurter aux objets environnants.

III

Tous ces renseignements pris, l'aspect général du malade noté, il faut procéder à l'examen des fonctions motrices, sensitives, réflexes, vaso-motrices, trophiques de chaque segment de la moelle; car on peut envisager l'axe médullaire comme constitué par la superposition de disques de substance nerveuse, à chacun desquels se rattache une paire de nerfs spinaux.

Les *troubles moteurs* sont constitués par l'exagération ou la diminution de la motricité. Spasmes, crampes, contractures, sont des exemples de la première espèce d'altération; la paralysie, la parésie, l'incoordination attestent la seconde.

La PARALYSIE spinale est double dans l'immense majorité des cas et limitée aux membres inférieurs (paraplégie). Si les membres supérieurs sont atteints aussi, la lésion siège dans le renflement cervical et au-dessus (paraplégie cervicale). La paraplégie atteste une lésion transverse totale ou une lésion bilatérale des faisceaux pyramidaux, des cornes antérieures, des fibres radiculaires antérieures ou des racines antérieures.

Il est rare qu'une lésion médullaire détermine une paraplégie unilatérale, (hémiplégie spinale, monoplégie spinale); celle-ci siège alors du côté lésé.

La paralysie constatée, il faut passer en revue les points suivants :

1° *La distribution exacte de cette paralysie*, la délimitation des muscles atteints.

2° *Le degré* de la paralysie s'apprécie pour les membres supérieurs avec le dynamomètre, pour les autres muscles en notant, d'une part, la façon dont sont exécutés les mouvements volontaires, ensuite le degré de résistance que peut offrir le sujet aux mouvements passifs exécutés par le médecin.

3° *L'état trophique* des muscles paralysés. Ceux-ci peuvent conserver un bon état de nutrition ou ne s'amaigrir que très peu par inertie fonctionnelle, quand la lésion ne touche pas les cellules nerveuses multipolaires des cornes antérieures.

4° *L'excitabilité électrique et mécanique* des muscles.

On doit rechercher comment ils réagissent aux excitations faradique et galvanique.

Quand la lésion ne touche pas les centres trophiques du muscle, les réactions de celui-ci peuvent être normales ou du moins n'offrir que des altérations quantitatives; l'état normal persiste dans ces sortes de paralysies auxquelles on a donné le nom de fonctionnelles, et dans les paralysies périphériques où la lésion est assez légère pour ne pas supprimer l'influence trophique.

La diminution simple dans la réaction consistant en ce que pour produire une contraction, il faut un courant plus fort, indique l'atrophie lente et modérée qui se produit dans les vieilles paralysies sans lésion des centres trophiques.

Mais quand la lésion attaque les centres trophiques, ou détruit, entame sérieusement les troncs nerveux, se montrent des altérations qualitatives dans les réactions faradiques et galvaniques; ces modifications constituent la *réaction de dégénérescence.*

Les caractères de la réaction de dégénérescence consistent en une diminution de l'excitabilité électrique, galvanique et faradique du nerf qui a disparu complètement au bout de quinze jours.

Le courant faradique à interruptions rapides, appliqué directement sur le muscle, n'en provoque plus les contractions. Mais l'*excitabilité galvanique du muscle*, après avoir subi une diminution simple, *augmente* ensuite. En même temps, la succession des réactions polaires est modifiée, le positif prend la place du négatif. Enfin le caractère des contractions est modifié; elles ne sont plus courtes, soudaines, elles apparaissent lentement, se prolongent et tendent à devenir tétaniques, même sous l'influence de faibles courants. L'excitabilité galvanique exagérée du muscle, dans les cas incurables, finit par s'atténuer peu à peu, après vingt ou trente semaines, et disparaît enfin; le muscle est alors comme le nerf indifférent à toute espèce de courants. Dans les cas où se produit le retour à l'état normal, elle subsiste quelques semaines, puis diminue graduellement, en même temps que reparaissent les réactions normales.

La réaction de dégénérescence se montre dans toutes les paralysies périphériques graves et dans tous les cas où les cellules nerveuses trophiques de la moelle sont rapidement détruites, (myélites des cornes antérieures).

L'irritabilité mécanique des muscles paralysés au contact du doigt, du bord de la main ou du marteau à percussion est habituellement diminuée, sauf dans les cas où existe à un haut degré l'hyperexcitabilité galvanique de la réaction de dégénérescence, ou quand les réflexes profonds sont exagérés, dans les cas de sclérose latérale par exemple.

5° La *tonicité* des muscles peut être diminuée (flaccidité); c'est le cas dans les atrophies sans contracture. — Elle peut être exagérée (rigidité) dans les méningites, la sclérose des faisceaux pyramidaux; dans le premier cas, elle frappe les fléchisseurs surtout (cuisse fléchie sur l'abdomen et jambe sur la cuisse); elle frappe, dans le second les extenseurs (jambes étendues, cuisses dans l'adduction et pieds tournés en dedans comme dans la paraplégie spasmodique).

Les *tremblements fibrillaires* produits par les contractions isolées de fibres d'un muscle qui, soulèvent tout d'un coup la peau comme des cordes, est un symptôme assez commun dans les maladies de la moelle et constant dans l'atrophie musculaire progressive. On les rencontre encore dans certains cas d'hypochondrie et dans la neurasthénie.

Les *contractures* peuvent résulter de la rétraction du tissu fibreux qui s'est substistué au tissu

musculaire (comme dans la paralysie pseudo-hypertrophique), elles peuvent tenir à ce que l'action d'un groupe de muscles n'est plus compensée par les antagonistes paralysés, comme dans certaines paralysies infantiles.

6° L'ÉTAT DES RÉFLEXES est un renseignement précieux.

Leur persistance montre l'intégrité des racines postérieures, des cordons postéro-externes, de la substance grise, des fibres radiculaires antérieures et des racines antérieures qui sont la voie de passage de l'acte réflexe.

Leur absence n'est pourtant pas d'une manière absolue la preuve de l'état morbide du segment médullaire; car il existe des individus en parfaite santé qui, par suite d'une idiosyncrasie spéciale, manquent totalement de réflexes.

Leur exagération est presque toujours due à à une lésion des cordons latéraux et accompagne la dégénération secondaire descendante; elle traduit aussi l'hyperexcitabilité de la substance grise.

Il faut distinguer les *réflexes des membres*, superficiels et profonds, et les *réflexes viscéraux*.

Les RÉFLEXES CUTANÉS, admis par Gowers, sont le *réflexe plantaire* : chatouillement de la plante du pied amenant la contraction des muscles du pied, de la cuisse ou de la jambe; — le réflexe *fessier*, excitation de la peau de la fesse suivie d'une contraction des muscles fessiers; — du *crémaster*, rétraction du testicule par chatouillement de la peau de la face interne de la cuisse du même côté; — le réflexe *abdominal*, contraction des muscles abdominaux par excitation de la peau de l'abdomen sur la ligne mamelonnaire; — *épigastrique*, dépression de l'épigastre par excitation du cinquième et du sixième espace intercostal — ; *interscapulaire* : contraction des muscles de l'épaule par excitation de la peau entre les omoplates.

Chacun de ces réflexes opérant son trajet diastaltique dans des segments de plus en plus élevés de la moelle, leur examen permet de préciser avec assez d'exactitude l'état de l'organe dans le point correspondant. Il suffit, pour provoquer le réflexe, de gratter doucement la peau avec le bout du doigt ou mieux la pointe d'un crayon.

Les plus connus des RÉFLEXES PROFONDS sont le réflexe *du tendon rotulien* et le réflexe *du pied*.

On sait que le premier s'obtient en frappant le tendon exactement au-dessous de la rotule avec le bord de la main ou le pavillon d'un stéthoscope, tandis que le patient est assis les jambes pendantes sur le bord d'une table.

Le clonus du mouvement rhytmique du pied apparait quand on porte brusquement celui-ci dans la flexion par une pression sur les orteils, tandis que la jambe est dans l'extension.

Les plus importants RÉFLEXES VISCÉRAUX sont le *vésical* et le *rectal*.

A l'état normal, le fonctionnement de la vessie consiste dans l'antagonisme entre les parois musculaires du corps et le sphincter du col. L'excitation des filets sensitifs de la muqueuse, impressionnés par la réplétion de l'organe, est transmise au centre spinal, et, quand la miction doit se produire sous l'influence de la volonté, une incitation cérébrale réagit sur le centre vésico-spinal, faisant contracter le muscle vésical et relâchant le sphincter.

Quand la miction se fait en dehors de l'influence cérébrale, c'est que le centre spinal se trouve isolé du centre cérébral, et il n'y a plus qu'un réflexe médullaire non contrôlé par la volonté, d'où l'incontinence. On peut aussi concevoir différentes lésions pouvant porter sur les divers points de l'arc diastaltique, et, suivant qu'il en résulte l'inhibition ou l'excitation du corps ou du col, on verra se produire la rétention ou l'incontinence.

Sans entrer dans le détail des cas, il est facile de sentir quel parti on peut tirer pour le diagnostic de l'état des fonctions vésicales et rectales.

Car le mécanisme de la défécation est identique à peu près à celui de la miction.

Il faut encore tenir grand compte du *réflexe génital* qui peut être surexcité (priapisme, satyriasis) ou aboli (impuissance).

Le réflexe *pupillaire* est très important. Les lésions irritatives de la région cilio-spinale peuvent s'accompagner de dilatation pupillaire ; destructives, elles amènent le resserrement. Dans l'ataxie locomotrice, la perte du réflexe pupillaire est constante.

IV

La *coordination des mouvements* et l'état du *sens musculaire* doivent être étudiés avec soin; nous avons insisté sur ce point dans de précédents articles sur l'ataxie locomotrice.

Non moins utiles à connaître sont les FONCTIONS DE SENSIBILITÉ.

L'aptitude à percevoir les *impressions tactiles*, le *retard dans la perception* de celles-ci, la faculté de les localiser et leur intensité, la perception de la *forme* des objets, de leur *température*; la sensibilité à la *douleur*, sont autant de détails qu'il importe de préciser.

Parmi les manifestations douloureuses, celles que le malade rapporte à la colonne vertébrale, n'existent pas dans les myélites; elles sont l'indice d'un travail congestif ou phlegmasique des méninges ou du rachis.

Il reste encore à rechercher l'état trophique et vaso-moteur de la *peau* et des *articulations*, à vérifier par la palpation, la percussion, l'état de la *colonne vertébrale*, celui des parties encéphaliques du système nerveux, et de tous les autres systèmes et appareils de l'organisme : *digestif* (constipation, crises gastralgiques, météorisme); *circulatoire* (palpitations, insuffisance aortique), *respiratoire* (dyspnée), *urinaire* (cystite), *tégumentaire* (purpura myélopathique, ecchymoses tabétiques, éruptions syphilitiques permettant d'éclairer la pathogénie).

Ce n'est que par un examen clinique aussi minutieusement poursuivi et méthodiquement conduit, qu'il nous est possible d'établir avec certitude le diagnostic d'un affection médullaire, d'en affirmer le pronostic et de conseiller un traitement rationnel aux malades qui viennent nous consulter.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

CLIENTÈLES MÉDICALES ET REMPLACEMENTS.

Un bon exemple suivi.

Tel est le titre que nos lecteurs donneront volontiers à ce qui suit :

M. le Dr Boutequoy, *membre du Concours médical*, au nom de la Société de l'arrondissement de *Châtillon-sur-Seine*, dont il est le *Président*, le jour de l'Assemblée générale de l'Association des médecins de France, s'est exprimé en ces termes.

« Chacun de vous a pu être témoin de l'embar- « ras qu'éprouvent les jeunes médecins au sortir « de l'école, pour se choisir une résidence, quand « ils ne sont pas fixés à l'avance, soit par « des convenances de famille, soit par des rai- « sons quelconques. Faute de connaître des lo- « calités, parfois très avantageusement situées, « dont les habitants réclament des médecins sans « en obtenir, un trop grand nombre en sont ré- « duits, par nécessité à se fixer dans des postes « médicaux sans avenir, où ils végètent, à moins » qu'ils ne tentent la fortune dans les grandes « villes, au risque de tomber dans le charlatanisme, « quand le succès se fait attendre trop longtemps. « L'Association générale, ne pourrait-elle pas, « par une intervention bien comprise et salutaire, « en favorisant les débuts de nos jeunes confrè- « res, en préserver plus d'un de la misère et des « défaillances qu'elle peut entraîner, en même « même temps qu'elle faciliterait le recrutement « des médecins dans des pays qui en sont déshé- « rités?

« Etablir au siège de l'Association générale, à « Paris, un centre d'informations auquel se- « raient adressés, par les soins des bureaux des « Sociétés locales, des avis, des renseignements « sur toutes les vacances des postes médicaux qui « viendraient à se produire dans leurs ressorts « respectifs, par suite de décès, ou autrement, ne « serait-ce pas pratiquer une sorte d'assistance, « préventive même dans bien des cas, en tendant « la main aux confrères débutants et embarrassés, « au grand intérêt du Corps médical et de l'hu- « manité tout à la fois ?

« L'adoption de cette proposition aurait pour « effet d'attirer dès le début de leur carrière les « jeunes médecins dans le sein de l'Association « générale, et de les y retenir, ne fût-ce que par « la reconnaissance du service rendu. »

Ce vœu a été pris en considération par l'assemblée, et il a été renvoyé à l'examen du Conseil général. Celui-ci a nommé, dans sa séance du 20 avril, une commission chargée d'étudier la question et d'en préparer la solution pratique.

M. le docteur Martineau, secrétaire de l'Association et rapporteur de la Commission, a proposé au Conseil général, dans sa séance du 4 mai, d'adopter le principe et de procéder immédiatement à un premier essai de son application. Les résultats obtenus dans cette voie, d'ici à la prochaine assemblée générale, constitueraient évidemment l'élément principal de la résolution qui devra être adoptée d'une manière définitive.

M. Martineau a bien voulu, en outre, se charger de tenir un registre où toutes les demandes ou offres d'emploi seront inscrites et de communiquer ce registre à tous ceux qui auront intérêt à le consulter ; mais pour qu'il puisse mener à bien cette tâche laborieuse, le concours des bureaux des Sociétés locales est indispensable.

Il est à désirer que nos confrères, pour contribuer aux succès de la création nouvelle et à son développement progressif, signalent sans retard à M. Martineau tous les postes médicaux de leur circonscription qui seraient vacants ou sur le point de le devenir; il importerait de lui donner, en même temps, des indications aussi précises et aussi détaillées que possible sur les charges et les produits du poste vacant, et sur tout ce qui peut intéresser les médecins disposés à s'y rendre.

Il ne serait pas moins utile de faciliter aux médecins, membres de l'Association, les moyens de se faire remplacer temporairement dans leur clientèle, soit pendant une maladie, soit pendant un voyage. Toutes les demandes de ce genre seront également reçues par M. Martineau et communiquées par lui aux intéressés.

Le bureau de l'Association compte s'adresser aux doyens des Facultés de médecine, aux directeurs des Ecoles secondaires, aux administrateurs et directeurs des grands Hôpitaux, afin de donner la plus grande publicité possible à cette organisation et de la porter à la connaissance des étudiants et des jeunes docteurs.

Il n'est pas présomptueux de supposer que ces louables mesures prises par le *Conseil général* de l'association, ont été inspirées par la pratique déjà bien ancienne du *Concours*. Le service des *clientèles* et des *remplacements*, que nous avons établi depuis longtemps, a affirmé son utilité. Un membre du *Concours*, Président d'une Société locale très active, a l'excellente idée de convier l'Association a utiliser ses grandes sources d'informations pour une organisation semblable à la nôtre.

Nous sommes heureux de cet emprunt ; *nous espérons bien que ce ne sera pas le dernier* ! De notre côté nous recourrons fréquemment au registre de M. *Martineau* pour le bien de nos lecteurs. Il complètera les indications qui nous sont propres et celles que nous fournissent les *syndicats*.

Cette généreuse émulation ne peut être que profitable à la profession médicale et nous nous félitons vivement de l'avoir suscitée. Nous l'avons déjà dit, à propos des *syndicats : plus les Associations médicales se multiplieront, sous n'importe quelle forme*, plus cette recherche du mieux sera active et féconde, moins elles seront tentées de s'immobiliser dans la contemplation du bien déjà accompli. A. C.

II

DE L'HONNÊTETÉ PROFESSIONNELLE

par le Dr PERRON (de Besançon).

(Suite) (1).

PRÆCEPTIO VII.

Si morbi difficultate laboras, pete opem.

Prenez conseil des autres dans les cas difficiles.

N'ayons pas de sot amour-propre ni de susceptiblités coupables. Quand notre malade est en danger et que le sentiment de notre responsabilité nous inquiète, mettons-nous à couvert en invoquant l'assistance et l'aide d'un confrère expérimenté et de bon conseil.

Mais un consultant nous amoindrira ! — C'est possible. — Il passera pour plus fort et plus adroit que nous. — Qu'importe? c'est le devoir; et si nos clients sont assez peu intelligents pour se laisser séduire et pour préférer à l'honnête médecin qu'ils ont sous la main, un médecin simplement habile, ils n'ont rien qui puisse nous les faire regretter beaucoup.

En effet, n'est-ce pas l'essentiel qu'un conseiller de santé suffisamment instruit soit honnête ? On est sûr au moins d'être guidé par lui dans la bonne voie, et, s'il survient un péril quelconque, d'être avisé à temps pour y parer. Puis on n'a pas non plus avec lui à se mettre en peine pour le choix d'un consultant ou de l'opérateur le plus capable, s'il fait besoin : on sera dirigé dans ce choix avec désintéressement et sincérité.

A tous les points de vue, la consultation est généralement utile dans les cas graves : elle rassure le patient; elle tranquillise la famille; elle met à l'aise le médecin traitant. Pour mon compte, chaque fois que j'en ai provoqué une, je m'en suis trouvé allégé et satisfait.

La consultation a des règles qu'il faut observer et que voici :

Après que le médecin ordinaire aura rendu compte des faits principaux de la maladie et mis au courant son confrère sur le traitement suivi, celui-ci devra examiner minutieusement le malade. Cet examen terminé, les débats auront toujours lieu à huis-clos. Les conclusions seront ensuite, après accord, rapportées à la famille.

Ces détails de procédure ne sont jamais insignifiants. Ils sont nécessaires pour assurer le bon ordre et la dignité d'une délibération.

On raconte qu'autrefois la discussion s'engageait au lit du malade. Les consultants discouraient à fond et à qui mieux mieux sur le cas pathologique qu'ils avaient à traiter, et cela devant des parents attristés ou des curieux venus exprès pour entendre. Chaque opinant exposait ses idées particulières et cherchait à faire prévaloir sa doctrine dans un langage plus ou moins technique, que l'auditoire était incapable de comprendre.

(1) V. *Concours médical*, 1883, nº 2.

Cet assaut devant des profanes ne tardait pas à se passionner entre rivaux toujours envieux, poliment perfides, quelquefois grossiers, et qui ne craignaient pas d'étaler aux yeux des gens leur vanité misérable et les jalousies de la profession. Le plus clair résultat de la dispute, c'était le mépris et le dégoût qu'ils inspiraient généralement à l'assistance.

Nous ne voyons plus que bien rarement de ces scènes burlesques entre médecins dont s'amusait si fort l'ancienne comédie. J'ai trouvé celle-ci digne du XVIIe siècle :

Ils étaient cinq qui pratiquaient la médecine à Neubourg en 1866 : le vieux docteur Cynoglosse, le docteur Pamphile et trois autres. Pamphile, le plus jeune, actif et bavard, commençait à se répandre chez les petits boutiquiers et sur la place du marché. Le docteur Cynoglosse, naturellement jaloux, n'attendait qu'un occasion d'éclater. Cette occasion se produisit. Jean Savot était fort malade. Il avait le ventre serré, tendu, douloureux, et une grande fièvre; la peau était brûlante : on craignait une péritonite. Pamphile inquiet provoque une consultation, qui eut lieu le jour même. — Eh ! bien, mon jeune confrère, demande Cynoglosse après avoir examiné le malade, que lui avez-vous prescrit? — J'ai pensé mon savant confrère, qu'il fallait d'abord le purger. — Oui, oui, *purgare* ! Je ne dis pas non ; mais le purger avec quoi? — J'ai prescrit de la magnésie. — A quelle dose? — A la dose d'un gramme. — Un gramme ! avec si peu, Jean Ravot ici présent n'évacuera pas avant demain, et peut-être qu'à minuit il sera mort. — Je parie, riposte l'autre exaspéré, qu'il aura évacué avant huit heures !... Il en était cinq. L'assistance consternée ne soufflait mot. Jean Ravot, qui avait entendu la sentence, gémissait sur son oreiller. Qu'arriva-t-il? Pris de peur, le malade évacua deux heures après la visite, — à sept heures par conséquent — et fut guéri. On fit grand bruit à Neubourg de cette mémorable guérison. Le vieux Cynoglosse perdit son prestige, tandis que le nom de l'heureux Pamphile était dans toutes les bouches. Il devint conseiller municipal, puis maire de la commune, et Cynoglosse en creva de dépit...

Entre médecins, ne discutons jamais en public sur un malade, de peur de nous emballer.

PRÆCEPTIO VIII.

Omnia sapiens, de omnibus non loquere

Tout savoir, mais ne pas tout dire.

Au moins autant que le prêtre, le médecin est appelé dans l'intérieur des familles, où des plaies souvent cachées lui sont révélées. Et, en dehors des misères qu'on lui confie, combien d'autres qu'il soupçonne et qu'on n'avoue pas ! C'est pourquoi la discrétion lui est un devoir de premier ordre.

Un homme comme le prêtre, qui est revêtu de l'habit sacerdotal, tient facilement à distance les curieux. Le médecin a beaucoup plus de peine à

s'en défendre. On l'aborde, on lui cause comme à une vieille connaissance à qui l'on a eu affaire dans le temps, et on ne croit pas, en le questionnant, manquer à la considération qu'on lui doit. Bien loin de là, au village on est curieux par habitude et, pourrait-on dire par politesse. On ne demande qu'à ses amis : *Où allez-vous si matin? D'où venez-vous? Qu'allez-vous faire là?...* On ne questionne pas ainsi ceux qu'on n'aime pas.

Nous aurions donc mauvaise grâce de nous plaindre de ce qu'on nous interroge. Car cela prouve, en somme, qu'on ne nous hait point... *Tiens! tiens!* dit-on, *vous allez chez Jean Ravot. Monsieur le docteur? Est-ce qu'il y a quelqu'un de malade? — C'est lui-même. — Qu'est-ce qu'il a trouvé? D'où ça lui vient-il?...* Et si nous ne coupons pas court à ces interrogats indiscrets, on ira loin.

Nous sommes tenus à apporter la plus extrême réserve dans nos réponses et à surveiller nos expressions, qui seraient rapportées, soyez-en sûr, interprétées et commentées à l'infini.

Le secret professionnel doit être sacré pour tout le monde. Il n'est pas autrement obligatoire pour le corps médical que pour les autres corps d'état. Seulement, plus que le commun des gens, nous sommes tenus de le garder, quand sa révélation n'importe ni à la justice ni à l'humanité. — Pourquoi plus que le commun des gens? — Parce que, médecins, nous devons être des modèles de droiture et de correction dans la société; parce que les principes d'honnêteté n'ont pas, dans l'application, autant d'importance à beaucoup près dans les autres professions que dans la nôtre.

Personne ne peut révéler ce qu'on lui a confié dans l'exercice de sa profession et à cause d'elle, sous peine de forfaire à l'honneur. Cependant, quand de cette révélation dépend la vie d'un homme, l'honneur ou la santé d'un famille, l'hésitation n'est plus permise.

En Angleterre, on n'admet pas même qu'un ministre de la religion puisse se taire devant les tribunaux en invoquant le secret de la confession. Au mois de mars 1860, un prêtre catholique fut condamné à la prison pour avoir refusé de dévoiler la vérité en alléguant que, comme confesseur, il ne pouvait rien révéler.

Un pasteur anglican fut aussi blâmé universellement dans le public et même à la Chambre des lords, pour n'avoir pas voulu parler dans l'affaire de Constance Kent. (*Séance du 12 mai 1865*).

A certains égards, la vertu de discrétion n'est pas la même pour le prêtre et pour le médecin. Un prêtre ne connaît que ce qu'on lui avoue. Est-il certain que ce qu'un pécheur lui confesse est véritable?... En réalité, il ne sait rien. Nous, nous savons, parce que nous avons vu, constaté et reconnu ce que souvent le malade ne sait pas lui-même.

Nous n'avons donc pour l'obligation au secret que le devoir général qui défend de divulguer, sans une utilité d'ordre supérieur, les choses que nous avons apprises dans la pratique de notre art.

Devons-nous ne pas éclairer un chef de famille qui nous interroge, au sujet d'un mariage, sur la santé d'une personne que nous savons épileptique? Ou un père qui nous demande s'il peut confier son enfant à une nourrice que nous traitons pour des accidents de syphilis?... Ou bien répondrons-nous évasivement que nous ne pouvons pas rien dire, que le secret professionnel nous interdit de parler?...

Pour moi, je crois que dans ces circonstances le silence d'un médecin serait un crime de lèse-humanité.

PRÆCEPTIO IX.

Ne familiaritate cum profanis utere.

Ne soyons jamais familiers avec les clients.

N'être jamais familier avec ses clients, c'est facile à dire. Mais dans les conditions où s'exerce la médecine à l'heure actuelle, il est bien difficile que cette règle de conduite soit appliquée rigoureusement.

En fait, la profession médicale est complètement désorganisée, c'est-à-dire abandonnée aux efforts individuels. Chacun est libre d'exercer comme il l'entend, libre de s'établir à la porte de son confrère, libre de débaucher ses clients, libre d'avilir ses services, etc. Comme on peut voir, c'est une pauvre confrérie que la nôtre.

Il existe presque partout entre les médecins une concurrence très active. Cette concurrence peut-elle être loyale et sérieuse?... Non : car les arbitres du concours sont tout-à-fait incapables.

Supposez plusieurs médecins exerçant simultanément dans une localité. Est-ce que le public, leur juge obligé, a des connaissances suffisantes pour comparer leur manière de faire? Evidemment il ne peut voir que des résultats. Mais comme ces résultats tiennent souvent plus à la nature des cas pathologiques ou aux soins particuliers donnés aux malades, qu'au système de traitement employé pour les guérir, le public se prononce au hasard des évènements.

Un homme habile sait tout cela. Comme il n'a pas à compter sur l'intelligence des clients, il cherche naturellement à les illusionner, ou tout au moins à gagner leur bienveillance. Il est donc obligé de ménager leur susceptibilité et de prodiguer ses gentillesses à des particuliers influents qu'au fond il n'estime guère. Il prend sur lui de descendre à leur niveau, d'entrer dans l'intimité de leur vie, quelquefois de s'asseoir à leur table. Il s'associe ainsi, qu'il le veuille ou non, et quelquefois à son insu, à leurs petites hostilités et à leurs roueries. Il devient en un mot à leur égard un courtisan, au lieu de rester un conseiller digne et indépendant. Il le faut, car sans cela il s'exposerait à être changé, à perdre des pratiques, à se voir préférer à un confrère du voisinage moins scrupuleux encore.

Un seul mauvais confrère arrive à gâter toute la profession.

Il faut vivre. La nécessité du vivre n'est pas d'ordre absolu, j'en conviens : mais elle est relativement une nécessité majeure au-dessus de

laquelle rien ne prévaut : contre elle la morale ne peut pas grand'chose.

Il est bien difficile à un médecin de conserver avec ses clients des rapports strictement professionnels; mais quand il le peut, sa situation est inattaquable. Et voilà pourquoi nous recommandons au débutant de ne se familiariser jamais avec les gens qu'il est appelé à soigner.

Défiez-vous, lui dirons-nous. Si vous dînez chez Jean Ravot, si vous causez un peu longtemps avec lui, (1) et sans nécessité, vous deviendrez par ce fait l'ennemi de son voisin, dont vous ne soignerez plus jamais la parenté. Car, au village, les animosités sont soupçonneuses et impitoyables.

Défiez-vous surtout du client qui vous flatte et qui vous attire. Il a des intentions qu'il dissimule et des vues qu'il n'avoue pas. Restez aimable et poli avec tout le monde, mais ne vous livrez à personne et gardez votre distance.

Trop de familiarité engendre mépris.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La nitroglycérine.

L'action physiologique de la trinitrine ou nitroglycérine a été étudiée en 1858 à l'étranger par Field, Thorowgood, Braldy, Fuller et Hanley qui en firent usage dans diverses névroses. Vers la même époque, en France, M. Vulpian arrivait à cette conclusion que, dans les céphalalgies et les névralgies faciales, cette substance ne procure que des résultats douteux ou même mauvais.

La nitroglycérine agit, en effet, d'une façon très vive sur l'organisme : une goutte déposée sur la langue et rejetée immédiatement détermine une violente migraine, de plusieurs jours de durée; c'est probablement pour ce motif que les homœopathes la prescrivent contre la céphalalgie, en lui conservant son nom primitif de *Glonoïne*, — pour mieux dérouter les profanes.

Depuis quelques années, la nitroglycérine a fait une nouvelle apparition dans la thérapeutique. A la suite des travaux de W. Murrel (1879) et de Korcynsky, on l'a administrée, en Angleterre et en Amérique, dans des cas, d'angine de poitrine et les résultats obtenus ont été encourageants.

Ces diverses tentatives ont déterminé M. Huchard à étudier à son tour l'action physiologique de cette substance et il a fait connaître dernièrement à la *Société de thérapeutique* le résultat de ses expériences. Nous empruntons à la *Gazette hebdomadaire* le compte-rendu de la communication de M. Huchard, et de la discussion qui l'a suivie.

M. Huchard s'est servi d'une solution au centième et d'une dose de une à six gouttes de cette solution : au bout de trois à quatre minutes apparaissent de la céphalalgie, des vertiges, une sensation de plénitude du crâne, des bourdonnements d'oreille, de l'amblyopie. En même temps se montrent des modifications circulatoires, de la congestion marquée de la face, de l'accélération des battements cardiaques, des battements visibles dans les carotides et du dicrotisme du pouls; qui devient plus fort et plus rapide; quelques auteurs ont signalé un peu de polyurie. En résumé, on voit que la nitroglycérine amène l'excitation cardio-vasculaire, avec hyperthermie cérébrale et abaissement de la tension périphérique; c'est un paralyso-moteur qui diminue les résistances périphériques et, par suite, augmente la puissance de l'impulsion cardiaque. On peut donc la considérer comme un succédané du nitrite d'amyle, et l'on est amené à l'utiliser dans les affections aortiques et dans les cas d'anémie cérébrale par trouble circulatoire. M. Huchard l'a employée chez un malade atteint d'insuffisance aortique; les vertiges ont paru diminuer et les signes d'angoisse précordiale ont disparu. Dans deux cas d'angine de poitrine, il y eu un amendement réel et marqué; dans un troisième il ne s'est montré aucune modification appréciable.

Dans certaines affections respiratoires, les médecins anglais ont essayé l'efficacité de la nitroglycérine, mais elle ne semble avoir aucune action sérieuse sur les phénomènes de la respiration; son pouvoir diurétique paraît être contestable ou du moins bien peu marqué. Elle produit, au contraire, d'heureux effets dans les affections nerveuses avec anémie cérébrale, dans l'ischémie fonctionnelle de Ball, dans la névropathie cérébro-cardiaque; M. Huchard a plusieurs fois obtenu un amendement notable des crises de migraine cérébro-tonique. De même, contre les céphalées, la nitroglycérine a donné à M. Abadie d'assez bons résultats; dans douze ou quinze cas analogues, M. Huchard l'a administrée avec quelque succès. Enfin, dans deux cas de vertige de Ménière, il a eu recours à ce médicament et l'un des malades en a obtenu une amélioration évidente.

Il est très important, avec une substance de cette énergie, de bien préciser les doses; ce n'est pas la nitroglycérine elle-même que l'on emploie, mais bien *une solution de nitroglycérine au centième*. M. Huchard a adopté la formule suivante :

Eau distillée, 300 grammes;
Solution au centième de nitroglycérine, 30 gouttes;
Prendre 3 cuillerées à dessert par jour; on pourra augmenter jusqu'à 3 cuillerées à bouche.

On a encore préconisé en Allemagne et en Amérique, comme succédanés du nitrite d'amyle et de la nitroglycérine, le nitrite de potassium et le nitrite de sodium. Ce dernier posséderait une action moins rapide que la nitroglycérine, mais d'une plus longue durée.

M. *Dujardin-Beaumetz* emploie la solution de nitroglycérine au centième; il en met 15 gouttes dans 200 grammes d'eau et en prescrit également 3 cuillerées par jour. Il croit qu'il faut se défier de la congestion céphalique intense que détermine ce médicament, dont les effets sont analogues à ceux du nitrite d'amyle, mais plus

(1) *...eque cum plebeiis de rebus multis, sed tantum neces...riis, confabulatur.* (HIPP., *Liber de decenti habitu*, cap. II).

durables. Chez un certain nombre de malades anémiques, il a vu son emploi augmenter la céphalalgie au lieu de la faire disparaître.

M. *Moutard-Martin* fait observer que, d'après la communication de M. Huchard, l'efficacité de la nitroglycérine ne semble pas très nette, car il paraît hésiter à affirmer les heureux résultats du traitement. Ces faibles avantages suffisent-ils à compenser le danger que présente un semblable médicament, dont le maniement demande une prudence extrême ?

M. *C. Paul* a prescrit pendant longtemps une excellente potion cordiale, qui n'expose à aucun accident et qui a quelque analogie avec la nitroglycérine. Elle renferme : véhicule, 120 grammes; alcool, 50 grammes; acide nitrique, 1 gramme.

M. *Huchard* fait observer que, s'il n'a pas été plus affirmatif relativement à l'efficacité de la nitroglycérine, c'est que le nombre de ses observations personnelles est encore trop peu considérable. Il n'a observé, du reste, aucun accident et pense que ceux qui ont été signalés par divers auteurs étaient le résultat de doses trop élevées. D'ailleurs, le nitrite d'amyle présente les mêmes dangers, et a le désavantage de ne pouvoir s'administer qu'en inhalations.

M. *Dujardin-Beaumetz* résume la discussion en rappelant que l'action de la nitroglycérine est analogue à celle du nitrite d'amyle et constitue un moyen puissant de congestionner l'extrémité céphalique; c'est un médicament énergique, dont il faut savoir saisir les indications et se servir avec prudence. Il insiste encore sur ce fait, qu'on ne doit pas prescrire la nitroglycérine elle-même, mais *une solution alcoolique au centième*, dont on dilue environ 15 à 20 gouttes dans 200 grammes d'eau. Il ajoute en terminant que si, pour sa part, il n'a jamais observé d'accidents avec la nitroglycérine, par contre, il n'en a jamais retiré aucun avantage sérieux.

M. *C. Paul* trouve, dans la rapidité d'action du nitrite d'amyle un avantage précieux lorsqu'il s'agit d'un cas de syncope ou d'une crise d'angine de poitrine; le seul inconvénient de ce médicament est son odeur désagréable et pénétrante. La nitroglycérine agit-elle aussi promptement ?

M. *Huchard* reconnaît que la nitroglycérine manifeste moins rapidement ses effets, mais ils sont bien plus durables. A un malade qui recourait aux inhalations de nitrite d'amyle toutes les fois qu'il était surpris par un accès d'angine de poitrine, et qui se trouvait assez bien de ce traitement, M. Huchard a prescrit, dans l'intervalle des accès, la solution de nitroglycérine; les crises se sont éloignées et il ne s'en est pas montré depuis un temps déjà fort long.

COURRIER

ÉRUPTION CUTANÉE MÉDICAMENTEUSE.

A. M. Paul Gerne.

Ayant en ce moment, dans ma pratique, une éruption cutanée généralisée, que je ne puis rapporter qu'à un médicament, la jusquiame, je me permets de vous en adresser l'observation.

OBSERVATION.

Mme veuve G... G..., âgée de trente-cinq ans, que je traite déjà depuis longtemps pour une hypertrophie du cœur avec insuffisance mitrale, consécutives à un rhumatisme, m'arrête dans ma tournée du 21 février dernier. Cette dame se plaint d'un lumbago, qui a débuté il y a une huitaine de jours. Sur le conseil de sa voisine, elle a appliqué un papier chimique *loco dolenti*; mais la guérison n'arrive pas, et c'est à ce propos qu'elle me demande conseil.

Mon diagnostic étant certain, je prescris à ma malade de se faire frictionner deux ou trois fois par jour avec un liniment ainsi composé :

Huile de jusquiame	60	grammes.
Laudanum de Sydenham	10	—
Camphre	5	—

En même temps pour son affection cardiaque, je prescris la solution suivante :

Bromure de potassium	15	—
Sirop de digitale	50	—
Sirop d'écorces d'oranges amères.	150	—
Eau	50	—

A prendre deux cuillerées par jour.

Dans cette observation, je mentionne cette solution, afin de faire remarquer que ni la digitale, ni le bromure de potassium, n'ont pu produire les symptômes qui vont suivre; du reste, la malade prend de temps à autre, et du bromure, et de la digitale, et jamais rien d'anormal ne s'était produit.

25 février. — Je revois ma malade, les frictions ont été faites, et si fortement que la peau est écorchée à l'endroit du papier chimique, une éruption miliaire couvre la région dorsale. Application de poudre d'amidon.

27 février. — Les démangeaisons sont devenues excessives et ont empêché le sommeil. Toute la région dorsale est le siège d'une vaste plaie qui suppure; l'odeur du pus qui s'en écoule est âcre et ne peut mieux être comparée qu'à celle exhalée par la suppuration des pustules de la variole. La face est devenue énorme : les paupières sont œdématiées, et ont acquis des deux côtés les dimensions d'un gros œuf. La malade ne peut les écarter : je parviens avec beaucoup de difficultés à les entr'ouvrir. et je puis constater que les yeux sont à peine injectés; la pupille est resserrée, il n'y a pas d'ophthalmie. La peau du front et le cuir chevelu sont œdématiés, ainsi que les oreilles comme dans l'érysipèle de la tête. Les lèvres supérieure et inférieure ont acquis une épaisseur de 4 à 5 centimètres. La peau du cou est le siège d'un œdème considérable principalement à la partie antérieure et sur les parties latérales :

Les bras et les mains sont encore, mais plus légèrement œdématiés. La région antérieure, et les membres inférieurs n'offrent guère de traces de l'affection. Pendant la journée d'hier et la nuit dernière le délire a persisté à peu près constamment, mais un délire particulier. La malade, dont le caractère est jovial et gai, est devenue maussade, se fâche contre tout le monde, sans savoir pourquoi; parle des uns et des autres sans rime ni raison, les insulte; son délire est agressif, elle voudrait faire du mal. Ces phénomènes s'accompagnent d'une grande sécheresse de la bouche, d'une soif ardente. La malade est restée 24 heures sans uriner. Il n'y a pas de fièvre.

Je fais entretenir en permanence sur les paupières

des compresses imbibées d'eau de feuilles de mauve froide; j'applique de la ouate sur les parties ulcérées et je prescris comme boisson de la tisane de bourrache.

28 février. — Le tronc, le cou, la tête et la face, sont littéralement converts de vésico-pustules. L'œdème des paupières est un peu diminué; néanmoins la malade ne peut encore les écarter. Les démangeaisons sont excessives; le délire persiste toujours, mais moins intense. Pas de fièvre; je prescris pour la journée un bain chaud amidonné.

1er mars. — L'œdème des paupières a diminué; notre malade peut elle-même les écarter suffisamment pour distinguer le jour, mais ne peut reconnaître ce qui se trouve autour d'elle. Nouveau bain chaud amidonné, d'une heure de durée.

2. — L'œdème des paupières a presque disparu, néanmoins la vision reste gênée, et la malade a de la peine à distinguer à une distance de sept à huit mètres. L'éruption vésico-pustuleuse couvre toujours tout le corps, et a gagné les membres inférieurs, mais elle y est moins confluente. A mesure que des vesico-pustules s'ouvrent, de nouvelles se forment à côté et viennent les remplacer. Continuer bain, et poudre d'amidon.

4. — L'amélioration continue; quelques vésicopustules se forment et s'ulcèrent. Bain.

12. — J'avais abandonné la malade et je la croyais guérie, lorsqu'elle me rappelle. Une nouvelle poussée éruptive s'est produite; de nouveau, le cou, les lèvres, les paupières et le cuir chevelu sont œdématiés; néanmoins pas aussi fortement que la première fois; les démangeaisons sont toujours intolérables. Je prescris de continuer les bains, et j'ordonne 30 grammes de sulfate de magnésie pour le lendemain.

14. — L'œdeme persiste encore un peu, mais il a considérablement diminué. Les règles sont survenues. Suspension des bains; simple application de poudre d'amidon.

20. — Les règles ont disparu, la malade prend un bain amidonné L'éruption persiste encore, mais ne se compose guère plus que de simples vésicules qui produisent cependant encore une démangeaison excessive. L'état semble considérablement amélioré, 30 grammes de sulfate de magnésie pour le lendemain.

Ainsi donc aujourd'hui, 21 mars, un mois après l'application du papier chimique et des frictions, l'éruption persiste encore, et bien que notablement diminuée, elle ne paraît pas encore au terme de sa carrière.

Permettez-moi, monsieur et très honoré confrère, d'ajouter quelques courtes réflexions à cette observation.

Il est indiscutable pour moi que le point de départ de l'éruption est l'application du papier chimique. Mais cette éruption eût-elle été aussi généralisée sans les frictions? — Assurément non.

Dans votre article, sur les éruptions médicamenteuses, cité plus haut, vous désignez l'affection cutanée produite par la belladone sous le nom de « Scarlatine belladonée »; ici, j'ai eu plutôt affaire a une éruption à forme de variole que de scarlatine. L'érythème est apparu presque immédiatemunt après la friction et a couvert la région dorsale, le cou, la face, la tête ; il s'est montré moins confluent sur la poitrine. Il y a eu de la sécheresse de la bouche, de la céphalalgie, mais pas de fièvre, tous symptômes cités dans votre article. Dans la scarlatine belladonée vous mentionnez l'absence de démangeaison : ici, au contraire, les démangeaisons ont été intolérables.

Admettant *à priori* que toute l'éruption de la région dorsale a été produite par le papier chimique aidé de la friction, comment se fait-il que l'éruption se soit immédiatement généralisée et qu'elle ait atteint les proportions gigantesques que nous avons mentionnées? Assurément il y a plus que la simple friction, et il faut qu'un produit quelconque se soit mêlé à la circulation. Pour nous, immédiatement, nous avons accusé la jusquiame.

Mais dans l'observation ci-dessus, il y un point que ne mentionne pas votre article : je veux parler du délire. J'ai eu affaire presque à un délire furieux, et je crois pouvoir l'attribuer à peu près uniquement à l'absorbation du laudanum, vu l'absence totale de fièvre. Je ne puis incriminer le camphre.

Quand à la solution de bromure et de digitale, il saute aux yeux qu'elle n'est pour rien dans cette affection.

Ma malade va mieux, mais n'est pas guérie. Combien de temps encore va durer cette éruption? je ne saurais le dire.

A la société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 16 février dernier, M. le Dr Demons, professeur agrégé à la Faculté, a mentionné le cas d'un étudiant en médecine atteint depuis un an de lichen ruber rebelle, survenu à la suite d'une application d'un emplâtre de thapsia. Dois-je redouter une durée aussi longue? je ne le pense pas.

Veuillez agréer etc...

Dr J. Busquet (*De Saint-Aigulin*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

DU CARACTÈRE QUE DOIVENT PRÉSENTER LES RÈGLEMENTS APPLICABLES AUX SYNDICATS.

Les syndicats se créent ou s'étendent de jour en jour dans notre région. Ils sont loin de comprendre encore le plus grand nombre des medecins. Mais ils font « tache d'huile » et bientôt chaque chef-lieu possèdera le sien.

Partisan convaincu de vos idées, je le suis surtout en ce qui touche *l'esprit de tolérance, les règlements d'application facile,* que vous voudriez voir adopter. Pas de rigueurs, pas de « dragonnades » vis-à-vis des confrères, même vis-à-vis des clients. Les syndicats doivent être une institution progressive, confraternelle et humaine dans la plus large acception de ces mots. Ils ne doivent pas viser du premier coup à la perfection, et prétendre faire régner, en dix mois, sur toute la France, ni la bonne confraternité universelle, ni le recouvrement intégral de l'honoraire. Donc, procéder vis-à-vis de tous, comme vis-à-vis de nous-mêmes avec modération, sagesse, lenteur, indulgence, humanité, persuader plutôt que de rompre, faire une révolution pacifique et progressive, et non une révolution rapide et violente. Nous pourrons ainsi grouper en divers faisceaux la presque uuanimité des médecins et imposer au public uu règle-

ment qui ne sera certes jamais sans échappatoire, mais du moins qu'il se verra appliquer avec modération et sans surprise. Le corps médical, tout en sauvegardant ses intérêts, ne se départira pas, ce faisant, de son antique réputation d'humanité, en même temps qu'il se relèvera peu à peu de l' « *individia medicorum pessima.* »

Les syndicats ne serviraient-ils d'ici longtemps, qu'à grouper et réunir les médecins, à unifier les tarifs et assurer un grand mode identique de recouvrement amiable des honoraires, à ne menacer de « greves » que les administrations, — qui, elles, présentent une consistance une surface, une tête que le public n'a pas, — qu'ils auraient déjà rendu de signalés services aux médecins. Le temps se chargerait de perfectionner l'œuvre, en en montrant les points véritablement et aisément perfectibles.

Telles sont les réflexions que nous suscitent les syndicats médicaux qui ne doivent être (à l'encontre, des syndicats de l'industrie où tout est lutte, rivalité, concurrence et plus court chemin) que des associations confraternelles, libérales, humaines, patientes et progressives tout à la fois, cherchant plutôt à soutenir et à réparer le vieil édifice medical qui a fait ses preuves, qu'à le jeter bas violemment, pour le reconstruire sur nouveaux plans.

Ce n'est pas un vieux médecin, ennemi du bruit et de la peine, routinier et peureux qui parle ainsi, c'est, au contraire, un confrère jeune, même très jeune, et si ces reflexions paraissent être être en opposition avec son â_e, qui est plutôt celui de l'activité et des conditions absolues, c'est qu'il est persuadé qu'avec le temps tout est possible, et que la meilleure des politiques est encore celle de Mazarin : « à la fois savoir attendre et savoir agir. »

Veuillez agréer, etc., Dr E. Pineau.
(de Château d'Oléron).

La Direction du *Concours* partage les sentiments que vous exprimez et il est utile de rappeler, de temps en temps, que les communications que nous insérons n'impliquent pas notre approbation. Le journal appartient à notre société; mais chaque correspondant a la responsabilité de ses opinions.

II

SYNDICAT DE L'ARRONDISSEMENT DE CORBEIL,
(Seine-et-Oise).

MM. les docteurs Affichard, médecin à Mandres. — Aubril, médecin à Montgeron. — Bernard, à Arpajon. — Cherrière, à Essonnes. — Cros, à Montl éry. — Daussure, à Saint-Vrain. — Boucher, à Corbeil. — Jaoul, à Sucy-en-Brie. — L'admiral, à Corbeil. — Lajoux, à Boissy-Saint-Léger. — Lamire, à Mennecy. — Loison, à Brunoy. — Chairon, à Savigny-sur-Orge. — Lhoste, à Soisy-sur-Etiolles. — Maugenest, à Yerres. — Mazier. à Savigny-sur-Orge. — Mestivier, à Brétigny-sur-Orge, — Morin, à Ballancourt. — Pépin, à Arpajon. — Petit à Villeneuve-Saint-Georges. — Rouffy, à Draveil. — De Saint-Martin, à Ris-Orangis. — Surbled, à Corbeil. — Vignes, à Corbeil.

Le Président, Dr Boucher. — *Le Secrétaire-Trésorier*, Dr L. Petit. — *Le Vice-Président*, Dr de Saint-Martin.

III

SYNDICAT DE BRIOUDE.
(Haute-Loire).

Révision de la législation médicale.

Mon cher confrère,

Je vous adresse la resolution prise par le syndicat de Brioude dans sa réunion générale d'avril.

Sur la proposition du président, les médecins, membres du syndicat de l'arrondissement de Brioude, ont émis à l'unanimité le vœu suivant qui devra être transmis à M. le ministre de l'Instruction publique.

Considérant l'état de souffrance dans lequel se trouve le Corps médical dans l'exercice de sa profession, et combien il est à désirer que la dignité professionnelle soit relevée, les médecins soussignés composant tous le syndicat médical de Brioude, émettent le vœu qu'il soit procédé le plus prochainement possible à la révision générale de la législation concernant l'exercice de la médecine et principalement le tarif des honoraires dans les expertises médico-légales, et de la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Dr Noir, de Brioude, *Président.* — Dr Devernois, de Brioude, *Secrétaire.* — Dr Devins, de Brioude, Dr Gallice de Langeac *membres de la Commission.* — Dr Bagoz, Chalvignac, Pissis, Pouget, de Brioude. — Dr Barrès, de Blesles. — Dr Civet, de Langeac. — Dr Chantelauze, de La Chaise-Dieu. — Dr Ralmond, de Sainte-Florine. — Dr Taillandier, de Berbezit. — Dr Roux, d'Ardes (Puy-de-Dôme). — Dr Langlois, du Puy. — Dr Vidal, de Faulhaguet. — Dr Daumas, d'Auzou.

Il serait à désirer que tous les syndicats prissent là même détermination ; nous arriverions à quelque bon résultat.

Agréez, Dr Noir.

NOUVELLES

Concours du bureau central. — Le concours pour deux places de chirurgiens au Bureau central, s'est terminé jeudi dernier par la nomination de MM. Ségond et Quénu.

Médecins Députés. — M. le Dr *Monteilhet* vient d'être désigné par les électeurs de la sixième circonscription de Lyon, pour les représenter à la Chambre des Députés.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès de deux membres du *Concours*, très méritants, très estimés, M. le Dr Caron, du *Caudray Saint-Germer*, (Oise) et M. le Dr Rigal de *Cintegabelle*, (Haute-Garonne).

BIBLIOGRAPHIE

O. Doin, éditeur, 8, place de l'odéon.

Traité clinique de la Folie à double forme par le docteur Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences (Prix Falret). Un volume In-8 carré de 400 pages. Prix : 8 francs.

Bulletins de la Société anatomique de Nantes, recueillis par le docteur A. Malherbe. Quatrième année, 1880. — In-8 de 118 pages, avec une planche hors texte contenant 5 figures. Prix ; 2 fr. 50.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
16 Juin. 1883 Organe officiel des Syndicats des Médecins de France 5me Année. — No 24

SOMMAIRE

BULLETIN

L'Académie continue la discussion du rapport sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

M. *Fauvel* affirme qu'il ne conteste pas le droit de l'Académie de se départir de ses usages traditionnels en matière de discussion scientifique ; il soutient seulement qu'il n'y a pas opportunité à le faire dans la circonstance présente, attendu que l'Académie trancherait des questions scientifiques constestées, et formulerait des vœux sur des matières qui ne sont pas de sa compétence.

M. *Marjolin* pense, au contraire, qu'il est du devoir de l'Académie, en présence des causes multiples d'insalubrité, qui sont une menace constante pour la santé publique, de prendre une initiative énergique, capable de secouer un peu l'indifférence et la torpeur de l'Administration : un grand nombre d'existences seraient ainsi sauvées.

M. *Lagneau*, vient, comme membre du Conseil d'hygiène, appuyer les conclusions de la Commission : il croit que l'autorité de l'Académie peut seule faire obtenir les subsides nécessaires à l'accomplissement des travaux jugés utiles.

Si l'on se rappelle que M. Martin Nadaud vient de déposer à la Chambre des députés un projet de loi sur l'assainissement des logements insalubres et que ce projet a été, de la part de M. Hippolyte Maze, l'objet d'un important rapport, on pensera, avec MM. Marjolin et Lagneau, que l'Académie de Médecine aurait grand tort de ne pas soutenir de son autorité les réclamations que soulèvent de toutes parts les conditions d'insalubrité où se trouve notre grande agglomération parisienne. Grâce aux protestations des médecins, on a déjà obtenu quelques améliorations sérieuses concernant l'hygiène dans les hôpitaux, la protection de l'enfance : il faut profiter du moment où le vent souffle aux réformes.

M. *Semmola*, professeur à l'université de Naples, a fait une remarquable communication sur les rapports de l'albuminurie avec les lésions des reins. L'albuminurie paraît l'étude favorite de M. Semmola, dont les travaux antérieurs sur le même sujet sont fort estimés en France : cette nouvelle communication, qui a été fort applaudie, vaudra, nous l'espérons, à son auteur, le titre de membre correspondant étranger de l'Académie.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

COMA HYSTÉRIQUE

OBSERVATION

Par le Docteur FISCHER.

Ernestine X., vingt-cinq ans, tempérament pléthorique, grande fortement musclée. Normande d'origine, n'a jamais éprouvé dans sa jeunesse de troubles notables de la santé. L'an passé, elle fut atteinte de la scarlatine, fit un séjour à l'hôpital Beaujon dont elle sortit guérie. Quelque temps, après elle contracta une dermatite d'origine parasitaire pour la-

quelle elle vint nous consulter, et qui fût guérie par un traitement approprié. Réglée à quatorze ans, elle le fût toujours d'une façon régulière; elle a une petite fille de trois ans bien portante.

La journée du 1er mai se passa sans aucun fait particulier à signaler. Cette fille est employée dans un restaurant assez fréquenté: ses patrons et d'autres qui la virent ce jour là ne remarquèrent en elle rien d'insolite. Ne demeurant pas dans cette maison, elle rentra vers dix heures à son logis où elle trouva un nommé C..., son amant. Cet homme non plus ne remarqua rien d'extraordinaire dans sa maîtresse; il passa la nuit avec elle, pratiqua une fois le coït, et la quitta vers quatre heures et demie du matin. Ernestine X. se leva alors, ferma sa porte en dedans et se reçoucha. Vers une heure de l'après midi, ses patrons, ne la voyant pas venir, prévinrent les gens de la maison; ceux-ci, au moyen d'une seconde clef, pénètrent dans la chambre. La fille X., était couchée dans son lit, complètement endormie; voyant l'impossibilité de la réveiller, le maître de la maison accourut précipitamment chez moi. A mon arrivée, voici quelle était la situation: pas de désordre dans la chambre, pas d'odeur alcoolique; Ernestine X., du reste, est sobre, au dire de tous ceux qui la connaissent. Decubitus dorsal; les couvertures sont remontées jusqu'au sein, la tête est légèrement inclinée à gauche, la main droite est au-dessus des couvertures, allongée le long du corps, un peu cyanosée. La face est colorée, les yeux et la bouche fermés; la respiration très calme, non stertoreuse, se fait par le nez. Les extrémités sont un peu froides; il y a cependant une différence de température appréciable au toucher entre la main qui est en dehors du lit et l'autre. Les pupilles sont légèrement contractées; le pouls est petit, régulier, a 84. Température axillaire; 37°. L'habitus général représente un sommeil calme et paisible. Le bruit que l'on fait, les allées et venues, les conversations à haute voix, rien ne paraît être perçu par la malade.

Nous commençâmes immédiatement à faire des flagellations sur la figure avec la serviette mouillée; chaque coup amena une contraction des muscles de la face et, au bout de quelques instants, Ernestine X. ouvrit les yeux, mais pour les refermer aussitôt. Depuis cet instant, les coups de serviette produisent encore des contractions de la face, mais rien de plus; sous l'influence de la flagellation, la figure s'est vivement colorée. Nous fîmes alors et à différentes reprises inspirer de l'ammoniaque. Ces inspirations étaient vivement perçues, provoquaient des grimaces et des mouvements de la tête, mais tout se bornait là. La sensibilité cutanée, quoique un peu obscure, était intacte sur tout le corps; nous ne trouvâmes pas de véritables zones hystérogènes et la compression des ovaires ne produisit aucun résultat sensible. Piqûres et pincements amenaient un mouvement défensif marqué; la malade essayait d'ouvrir les yeux, puis se rendormait du même sommeil calme et tranquille. Nous n'obtînmes aucun résultat appréciable en lui soufflant sur les yeux. Soumise ensuite à diverses reprises à des courants induits avec un appareil au bichromate de potasse, la malade sentait très vivement les courants, criait, sanglotait et se défendait. Mais dès que les éponges ne touchaient plus la peau, le sommeil reprenait de plus belle, et même dans les moments où la surexcitation était la plus vive, la dormeuse ne prononçait que des mots incohérents et n'avait aucune connaissance ni d'elle-même, ni des autres. Nous nous décidâmes alors à abandonner toute tentative de réveil, convaincu que nous avions à faire à une manifestation d'origine nerveuse sans aucun danger immédiat. Nous recommandâmes à l'entourage de la malade de la laisser tranquille jusqu'à notre prochaine visite. A six heures et demie du soir, nous trouvâmes la patiente dans le même état. Elle avait dormi toute l'après-midi et dormait encore du même sommeil paisible, ayant seulement par instants remué les lèvres et changé la tête de côté sur son oreiller. Rappelons, à propos de ce symptôme, que Briquet décrit des convulsions toniques dans le sommeil hystérique.

Craignant alors de voir cet état se prolonger, nous décidâmes de faire transporter la dormeuse dans un hôpital et fîmes à cet effet prévenir M le Dr Jacquemard qui vint aussitôt. Après avoir constaté l'état de la malade, il fut convenu qu'elle serait emmenée le lendemain matin.

A huit heures et demie du soir, on vînt nous prévenir que Ernestine X. venait de se réveiller. Le réveil avait eu lieu graduellement: elle avait d'abord ouvert les yeux, et était restée pendant une demi-heure environ, voyant et entendant les personnes qui étaient autour d'elle, mais ne pouvant de son côté ni parler ni remuer. Quand le réveil fut plus complet, elle ne se rendit aucun compte de ce qui s'était passé, ne se souvenant de rien, et croyant être au matin du même jour.

Ce ne fut que plus tard, une heure environ après, qu'elle put raconter que vers six heures du matin, voulant se lever comme tous les jours pour aller à son travail, elle avait senti un étourdissement, et s'était recouchée, pensant que cela se passerait. Depuis ce moment jusqu'à celui de son réveil, elle n'avait aucune espèce de souvenir. Elle sentait une grande lassitude et des douleurs vagues dans les membres. Pendant tout ce temps, c'est-à-dire plus de quatorze heures, elle n'avait pas uriné; aussi un de ses premiers besoins fut celui d'une évacuation abondante de la vessie.

Le lendemain 3, la lassitude et le brisement persistaient, la nuit avait été agitée, sans sommeil; la malade accusa une sensation de boule et de gonflement remontant le long de la gorge, les règles apparurent, c'était leur époque habituelle. Interrogée à ce sujet, Ernestine déclara n'avoir jamais senti cette impression de boule; elle n'a jamais éprouvé aucune manifestation convulsive ou même d'un nervosisme exagéré et n'a connaissance de rien de pareil chez aucun membre de sa famille.

Dans l'après midi du 3, elle veut vaquer à ses occupations, mais est obligée d'y renoncer à cause du brisement général qu'elle éprouve et qui subsiste jusqu'au 4. Le 4, les règles coulent comme d'habitude, et les choses rentrent peu à peu dans l'ordre.

Depuis ce temps, la malade se porte bien et n'a rien éprouvé de bien insolite; elle accuse cependant quelques fourmillements dans tout le côté droit.

RÉFLEXIONS.

Nous croyons avoir eu affaire ici à un coma d'origine franchement hystérique, et si, au premier moment, il y a eu des doutes dans notre esprit, ils ont été dissipés le lendemain par les symptômes qui ont suivi la crise principale. En comparant ce cas bizarre à d'autres du même genre, nous remarquerons que, s'il présente avec eux des analogies, il y a aussi entre eux et lui de grandes différences. Dans les intéressantes observations recueillies par M. Gélineau (1), nous trou-

(1) Gélineau. De la narcolepsie, 1881.

vons, pour presque toutes, des symptômes généraux qui manquent chez Ernestine X. Ainsi, obs. 2 : G. était nerveuse. A souffert, il y a cinq ans, de rhumatisme articulaire aigu. Le sommeil est de courte durée, se produit sous l'influence de l'émotion, d'un orage, etc. En revanche, comme symptômes communs, nous citerons un tourbillon faisant le tour de la tête aux approches de la crise et la rétention de l'urine pendant la durée de celle-ci. — Obs. 6 : nous trouvons des antécédents héréditaires. — Obs. 7 : le diabète. — Obs. 8 : une augmentation du volume du foie. — Obs. 9 : des excès vénériens. — Obs. 11 : un état chloro-anémique et des névralgies, toutes choses qui n'existent pas chez notre malade. Cependant, chez le sujet de l'observation 11, pendant l'accès, les membres sont en résolution complète, les mâchoires serrées, les pupilles contractées, la respiration libre, les extrémités froides et un peu cyanosées, signes présentés par Ernestine. En revanche, les sens spéciaux sont complètement éteints; on trouve seulement un point sensible au niveau de l'opophyse épineuse de la deuxième dorsale. Le réveil est brusque, la parole et le mouvement reviennent aussitôt. Le Dr Bouland, cité par M. Gélineau, a constaté également, dans la narcolepsie hystérique, un sommeil d'une durée variable, (cinq à vingt minutes), cessant spontanément et laissant après lui, un grand sentiment de bien-être. Le réveil de notre malade fut loin de ressembler à cette description. Le sujet de l'observation 12 est hystérique confirmée; pendant ses accès de sommeil, la sensibilité est abolie et la compression ovarienne amène le réveil. Enfin, et pour en finir avec les cas cités par M Gélineau, le sujet de l'observation 14 est choréique.

Les observations de M. Espanet (1) ont trait à des hystériques confirmées dont quelques-unes ont des tendances marquées à la catalepsie. Il en est de même pour M. Boutges (2). Ce dernier auteur dit même en parlant du coma hystérique : « Loin « d'être la première manifestation de l'hystérie « il est précédé, pendant un temps plus ou moins long, de divers accidents, » dont il fait l'énumération. Cet auteur trouve également, chez ses malades, la sensibilité cutanée abolie, et des attaques qui ont une durée minimum de vingt-quatre heures. Il a observé comme nous un réveil suivi de brisement général, mais très rapide.

Jusqu'ici, tous les cas de maladie du sommeil bien observés l'ont été sur des nègres et sur des nègres de la côte d'Afrique, quoique M. Argumosa (3) en ait observé à la Havane, mais sur des noirs récemment immigrés. Tous ces cas ont toujours été mortels; cependant Talmy (4) cite des cas de guérison après l'ablation des ganglions de la région cervicale. Notre regretté camarade paraît avoir établi une confusion entre le Nelavanne et la vraie maladie du sommeil, et nous renvoyons pour la discussion à la note du Dr Nicolas (1), un de ceux qui ont le mieux observé cette dernière maladie.

(1) Espanet, Thèse, 1875.

(2) Bourges. Thèse, 1875.

(3) Argumosa. Gaz. méd. de l'Algérie. T. 25. P. 29.

(4) Talmy. Comptes-rendus de l'Acad. des sciences, 26 avril 1880.

C'est pour mémoire seulement que nous avons cité la maladie du sommeil à propos du cas de Ernestine X. (2).

Nous n'avons aucune raison de croire que nous avons eu de faux renseignements sur les antécédants de X. C'est une fille qui travaille pour vivre; elle habite le quartier depuis plusieurs années et s'il y avait eu quelque chose de particulier chez elle, les personnes qui la connaissent l'auraient remarqué. Dans tous les cas, si l'hytérie est ancienne chez elle, il ne peut guère être question dela grande hystérie et tout au plus pouvons-nous admettre qu'elle a dû présenter des symptômes vagues qui ont échappé à des yeux peu exercés. Nous sommes donc loin de l'hystérie confirmée de la plupart des observateurs.

Nous ne pensons pas non plus que la simulation soit entrée pour quelque chose dans ce sommeil prolongé. Les hystériques éprouvent souvent un besoin, quelque fois inconscient, d'intéresser les personnes de leur entourage et trouvent les moyens plus saugrenus pour y arriver; mais ce sont en général de vieilles hystériques, rompues au métier, si je puis m'exprimer ainsi. Jusqu'au 2 mai, personne ne s'était occupé d'Ernestine X.; celle-ci de son côté n'avait jamais éprouvé de troubles graves de la santé. On remarquera encore qu'elle était seule dans sa chambre, et que c'est presque le hasard qui la fit découvrir profondément endormie. Nous ne désespérons pas, maintenant que l'hystérie est éveillée chez elle, de la voir marcher sur les traces de celles qui l'ont précédée dans la carrière, et un deuxième accès nous laisserait beaucoup plus sceptique. Elle paraît avoir été très frappée de toutes nos questions et de l'intérêt qu'on lui a témoigné dans cette circonstance; nous la voyons fréquemment et elle se complaît à nous tenir très au courant de l'état de sa santé. Il est donc probable que l'avenir nous réserve encore des surprises.

Nous pensons que les cas d'hystérie où un sommeil aussi prolongé a été la première manifestation de la maladie, sont très rares; nous croyons rares aussi les cas de coma hystérique avec maintien presque absolu de la sensibilité. C'est pour ces deux raisons surtout que nous avons cru devoir publier cette observation (3).

(1) Nicolas. Comptes-rendus de l'Acad. des sciences, 10 mai 1880.

(2) La maladie du sommeil a été étudiée par des médecins de la marine du cadre naviguant. Citons Griffon du Bellay, Nicolas, Corre, Guérin (thèse 1879).

(3) Voir l'obs. de la dormeuse de Beaujon. Comptes-rendus de la Société médicale des hôpitaux.

II

Un cas d'adénopathie bronchique de nature syphilitique,

par le Dr Ch. LIÉGEOIS,

(de Bainville-aux-Saules, Vosges).

Lauréat des Facultés de médecine de Nancy et de Paris.
Lauréat de l'Académie de médecine.
Lauréat (médaille d'or) de la Société médicale d'Amiens.
Lauréat de la Société de médecine pratique de Paris.

Le malade dont je vais retracer succinctement l'histoire est un homme très affairé, âgé d'une quarantaine d'années, près de qui je fus mandé pour la première fois le 8 janvier 1883.

Trois semaines avant ma visite, il eut, sans cause connue, de fréquents accès de toux sèche, quinteuse et superficielle. N'attachant pas grande importance à ces accidents, il continuait à vaquer à ses occupations habituelles lorsque, dans les derniers jours de décembre, la persistance de ce phénomène anormal, ses caractères particuliers, les manifestations dyspnéiques qui le suivaient ou l'accompagnaient, commencèrent à l'inquiéter.

En somme, voici ce qui existait : notre malade, depuis une huitaine de jours, avait vu ses quintes de toux brève remplacées, toutes les cinq ou dix minutes au plus, par des quintes de toux prolongée, rauque et stridente, pendant lesquelles il lui semblait qu'il allait *pâmer*, (j'emploie à dessein son expression : elle traduit cette anémie cérébrale qui est engendrée (Wintrich), et cela consécutivement à la diastole excessive du cœur (Du Castel), par les violents efforts d'expiration).

Durant les quintes, composées de sept, huit, dix, quinze mouvements expiratoires subintrants, aussi accentuées la nuit que le jour, le patient éprouvait un sentiment de suffocation qu'il distinguait parfaitement d'avec la sensation de vide cérébral dont nous avons parlé.

Relativement insignifiante en dehors des quintes, ou du moins peu apparente pour l'entourage qui était seulement frappé des caractères spéciaux de la toux, la dyspnée se présentait sous forme de paroxysmes ayant une singulière analogie avec les accès d'asthme essentiel. C'était cette dyspnée paroxystique, à attaques diurnes et nocturnes au nombre total de trois, quatre, cinq, six dans les vingt-quatre heures, qui terrifiait le plus notre malade.

Le problème diagnostique qui s'offrait à moi n'était point des plus faciles. J'ai eu, je crois, le bonheur de le résoudre, et le modeste but de cette note est de justifier la solution à laquelle je me suis arrêté.

Je pratiquai la percussion et l'auscultation de cette poitrine suspecte. La percussion du poumon gauche en avant et en arrière ne me révéla pas la moindre anomalie ; celle du poumon droit en avant et dans les deux tiers inféro-postérieurs n'avait rien que de physiologique, mais la percussion du tiers supérieur du poumon droit en arrière dénota, dans la fosse sus-épineuse et dans la partie supérieure de la sous-épineuse, de la matité avec défaut d'élasticité sous le doigt.

A l'auscultation, l'inspiration, l'expiration, le murmure vésiculaire étaient normaux dans toute l'étendue du poumon gauche en avant aussi bien qu'en arrière, et en avant dans tout le poumon droit; mais, en arrière, au sommet droit, dans les points correspondants à la matité, je perçus une inspiration rude, comme sifflante, le murmure vésiculaire faible, l'expiration soufflante, des râles muqueux assez abondants. Ces symptômes allaient *decrescendo* au fur et à mesure que l'oreille s'éloignait du sommet intéressé. Dans l'espace inter-scapulaire, le long de la trachée, les différents temps de la respiration n'offraient pas de rudesse.

A n'en pas douter, le sommet du poumon droit était le siège d'une *induration*. Mais, quelle était la nature de cette induration?

Etait-elle *tuberculeuse*? Je repoussai cette idée, la localisation étant unilatérale, l'état général assez bon, le sujet n'ayant pas d'antécédents héréditaires pneumophymiques. Je prescrivis: trois dragées d'extrait de belladone à 1 centigramme et trois paquets de kermès à 10 centigrammes à prendre par jour.

Je revis mon malade le 14. Les accidents ne s'étaient pas améliorés : la toux était aussi répétée, aussi intense, aussi quinteuse, aussi rauque et stridente, la dyspnée paroxystique aussi solennelle, aussi formidable. Mais, ce sommet droit qui, le 8 janvier, répondait à la percussion par de la matité, y répondait aujourd'hui par de la sonorité tympanique, les râles muqueux avaient complètement disparu ; caverneuses et rudes, l'inspiration et l'expiration contrastaient avec le timbre aigu du murmure vésiculaire. Conclusion diagnostique : j'avais affaire à une *caverne du sommet du poumon droit, caverne aux parois indurées*.

L'idée de *dilatation bronchique* me vint à l'esprit, cette maladie étant assez commune dans ma circonscription médicale où bon nombre d'ouvriers sont occupés à tailler la pierre ; mais, avait-elle quelque chance d'être vraie chez un homme qui ne vivait pas dans une atmosphère poussiéreuse? Du reste, dans les cas que j'ai observés, l'ectasie bronchique n'était jamais limitée à un seul poumon ; et, dans une circonstance où mes notes d'hôpital mentionnent l'unilatéralité exclusive de la lésion, celle-ci était disséminée dans tout le poumon malade.

Je songeai alors à une *compression bronchique*. Cette compression n'était pas due, comme dans certains épanchements pleuraux, au refoulement de la partie inférieure du poumon droit contre les grosses bronches, puisqu'à partir du tiers inférieur de l'omoplate, nous entendions bien distinctement la respiration. Elle avait donc pour raison d'être un corps étranger entourant, enserrant ces grosses bronches. Sachant que M. Baréty a décrit une agglomération ganglionnaire située dans l'angle formé par la divergence des grosses bronches, je n'hésitai pas un instant à

rapporter à l'augmentation de volume de ces ganglions les symptômes dont j'étais témoin. L'hypermégalie ganglionnaire rendait compte des accidents du début dont l'insignifiance était proportionnelle au peu d'intensité du mal à ce moment, elle rendait compte plus tard de la toux rauque et stridente par irritation des filets pneumogastriques avec lesquels elle était en contact immédiat — de la dyspnée à la fois mécanique et nerveuse revenant par accès comme bien d'autres phénomènes nerveux de cause compressive — de la matité initiale coïncidant avec l'apparition du néoplasme et avec la zone congestive qui l'entourait lors de ma première visite, — de la tympanite subséquente se produisant au sein d'une dilatation de la bronche sclérosée.

Spécifier la nature de cette *adénopathie bronchique*, (pourquoi ne pas appeler la lésion par son nom ?), voilà ce qui importait au médecin traitant. J'appris d'un honorable confrère qui connaissait le passé de mon client que celui-ci, quelques années avant son mariage, avait contracté la syphilis. Je compris que j'étais en présence d'une adénopathie bronchique *syphilitique*.

L'efficacité du traitement devait être la pierre de touche du diagnostic. Je le formulai de la manière suivante :

Prendre : 1° quatre fois par jour, une dragée d'extrait de stramonium à un centigramme ;

2° Avant le repas de midi et avant le repas du soir une cuiller à bouche d'une solution contenant :

Iodure de potassium, 15 grammes.
Eau distillée, 150 grammes.

3° Pendant les repas de midi, du soir, deux cuillers à café d'une solution composée de :

Arséniate de soude, 5 centigrammes.
Eau distillée, 150 grammes.

4° Tous les deux jours badigeonnage iodé au sommet droit.

Du 14 janvier au 3 février ce traitement ne fut pas discontinué. La situation s'améliora à vue d'œil, et le 9 mars notre malade était guéri ; il n'a plus ni toux, ni dyspnée. La respiration du sommet droit est encore rugueuse et restera telle, je pense.

Quoi qu'il en soit, l'iodure de potassium a favorisé « la métamorphose régressive ou graisseuse et la résorption » (Lancereaux) de l'adénopathie pendant que l'arsenic, ce puissant modérateur de la nutrition, a restauré les forces du sujet.

Pour consolider la guérison, nous avons encore prescrit le 18 mars une nouvelle solution iodurée à 10 grammes seulement et les granules de Dioscoride à la dose d'un au repas de midi et d'un au repas du soir.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

RÉQUISITION JUDICIAIRE, ASSURANCES, ETC.

Monsieur le Rédacteur,

Il est, depuis quelque temps, fréquemment question, dans le journal, des corvées médico-légales et des déboires de tous genres qui en sont presque toujours, pour le médecin, la conséquence obligée. Ces sortes de communications, je les lis souvent avec plaisir, mais toujours avec intérêt, parce qu'elles servent à notre instruction à tous. Toutefois j'estime que les revendications que nous avons à exercer de ce chef, devraient être reléguées au second plan et passer après tant d'autres qui sont, pour la masse, d'un intérêt bien plus poignant. Ce n'est pas tous les jours, en effet, que le praticien reçoit un réquisitoire ; tandis que c'est tous les jours qu'il enregistre des notes impayées par suite de sa négligence à réclamer ses honoraires. A ce propos, j'ai vu avec plaisir, dans un des derniers numéros du journal, l'annonce d'une Agence de Recouvrements. Depuis longtemps, je rêve cette agence avec un représentant dans chaque canton : je voudrais que la prescription ne pût être invoquée contre nous qu'après deux ans, et que chaque médecin, libre d'ailleurs d'envoyer ses notes par telle voie qu'il jugerait convenable, à l'expiration d'une année, prît l'engagement d'honneur de les remettre *toutes*, dans les premiers mois de la seconde année, au représentant de l'Agence dans son canton ou son arrondissement. Cette manière de faire serait, à mon avis, bien plus profitable au corps médical, que la révision (aussi favorable qu'on puisse la supposer) des *tarifs médico-légaux*.

Sommes-nous obligés comme médecins de répondre à *toute* réquisition légale ? Telle est la question qui a été souvent posée et n'a jamais été résolue. Loin de moi la prétention de me poser en jurisconsulte ; mais, même hors le cas de flagrant délit, je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, et voici la raison : « *C'est que, légalement, sur une question médicale, la justice ne peut s'adresser à une autre catégorie d'experts.* » Qu'il s'agisse, par exemple, d'une expertise à propos d'un bâtiment, si l'architecte (homme encyclopédique), refuse l'expertise, le juge pourra requérir la menue monnaie de l'architecte, un maçon, un charpentier, un plâtrier, etc., etc., mais comme expert en médecine, le magistrat ne reconnaît et ne peut reconnaître que le médecin régulièrement diplômé. Ceci, à mon avis, établit d'une façon irréfutable l'obligation d'obéir à toute réquisition régulière pour le médecin *en général*. Et s'il y a obligation pour le médecin en général, comment pourrait-on admettre qu'un médecin en particulier puisse s'y soustraire par simple caprice ? Personnellement j'évite autant que je peux

les expertises médico-légales, mais si, dans un cas donné, j'étais bien décidé à refuser sans pouvoir invoquer un prétexte valable, je ne m'illusionnerais pas un seul instant sur mon sort, et je verserais au trésor mon amende sans sourciller et heureux d'en être quitte pour si peu.

Pendant que je tiens la plume, je voudrais aussi dire un mot des assurances contre les accidents provenant du fait de nos chevaux ; avec l'organisation actuelle, nous sommes obligés de contracter une première assurance contre les accidents dans la rue et du fait des chevaux attelés, puis une seconde assurance en faveur de notre domestique ou palefrenier; et encore le garçon d'hôtel qui attelle notre cheval dans un village voisin n'est-il pas compris dans ces deux assurances. Il en est de même du maréchal-ferrant, c'est pourquoi je me permets de recommander à nos organisateurs la formule suivante qui répondrait, je crois, à toutes les exigences — assurances contre les accidents provenant du fait des chevaux attelés ou non. — Et surtout je demande l'urgence pour ma proposition.

Recevez, etc. Dr Carrez (*de Morez*).

On trouve des Compagnies d'assurances pour tous les genres de risques. Tout réside dans la quotité de la prime : si on veut tout prévoir, elle s'élève en proportion.

II

ORGANISATION DU SERVICE DE LA MÉDECINE DE COLONISATION EN ALGÉRIE DU 23 MARS 1883.

Extraits du décret.

TITRE Ier

Organisation générale. — Dépenses.

. . . .

TITRE II.

Commissions locales chargées de dresser les listes des habitants non susceptibles de payer les visites des médecins. — Leur composition. — Leurs fonctions.

. . . .

TITRE III.

Comités départementaux de l'Assistance médicale. — Leur composition. Leurs attributions.

. . . .

TITRE IV.

Médecins de colonisation. — Leur nomination. — Leurs fonctions. — Leur traitement. — Indemnités. — Avancement. — Récompenses. — Retraites.

Art. 13. — Les médecins de colonisation sont nommés par arrêté du Gouverneur général, sur la proposition des Préfets, parmi les docteurs en médecine.

Ils ne peuvent être admis dans les cadres du personnel après l'âge de trente-cinq ans accomplis. Néanmoins, ceux qui justifieront de cinq ans de service dans les armées de terre et de mer pourront être admis jusqu'à l'âge de quarante ans révolus.

Les candidats doivent adresser leur demande au Gouverneur général, en l'appuyant d'un diplôme, d'un extrait de leur acte de naissance, d'un extrait de leur casier judiciaire, d'un état de leurs services antérieurs ou de leurs travaux scientifiques et de toutes autres pièces propres à faire apprécier leur candidature.

Art. 14. — A défaut de candidats réunissant les conditions prévues par l'article précédent, les docteurs en médecine ayant dépassé la limite d'âge, et les officiers de santé pourront être employés dans le service médical de colonisation, mais seulement à titre auxiliaire.

Est toutefois maintenue l'exception faite en faveur des officiers de santé nommés antérieurement à l'arrêté du 5 avril 1878.

Le titre de médecin de colonisation auxiliaire conféré aux officiers de santé ne leur donne aucun droit professionnel, en dehors de la législation médicale au point de vue des opérations à pratiquer.

Art. 15. — Les médecins de colonisation sont tenus de résider dans le chef-lieu de leur circonscription, à moins que l'Administration ne leur assigne une autre résidence dans l'intérêt du service.

Art. 16. — Le médecin de colonisation traite gratuitement les malades inscrits sur la liste dont il est parlé à l'article 5. Il doit également, dans sa circonscription, des soins aux personnes étrangères victimes d'un accident grave et subit, et il constate les décès qui surviennent dans le lieu de sa résidence; il pourra être chargé, si une commune le demande, de la visite des filles soumises dans sa circonscription; il recevra pour ce service une indemnité à la charge de la commune.

Les frais de visite des enfants assistés malades, placés dans la circonscription, sont remboursés par les départements, aux taux fixés par les Conseils généraux.

Art. 17. — Conformément à l'article 15 du décret du 19 janvier 1881, le médecin se fait représenter, au moins deux fois par an, les enfants assistés placés dans sa circonscription, afin de s'assurer des conditions dans lesquelles ils se trouvent, et de leur état de santé.

Il rend compte au Préfet du résultat de ses visites.

Art. 18. — Le médecin de colonisation ne sera tenu obligatoirement de donner des soins aux femmes en couches qu'à défaut de sages-femmes, et dans les cas exceptionnels où la sage-femme déclarerait ne pouvoir ou ne devoir pas terminer l'accouchement.

Art. 19. — Il doit visiter également, au moins une fois par semaine, les divers centres de population de sa circonscription. Les jours de visite sont déterminés par le Préfet, d'après les propositions du médecin.

Néanmoins, en cas d'accident grave, le médecin doit toujours se transporter sur les lieux à la réquisition du Maire.

Il devra également déférer à toutes les réquisitions qui lui seront adressées par les officiers de police judiciaire, pour des constatations médicales relatives à des crimes ou délits.

Art. 20. — Tout médecin de colonisation donnera, deux fois par semaine, à son domicile ou dans une salle de la mairie réservée à cet effet, des consultations dont le jour et l'heure sont déterminés par le Préfet, le médecin préalablement entendu.

Ces indications seront affichées d'une manière apparente à la porte du domicile du médecin.

Les familles inscrites sur les feuilles de secours gratuits sont seules admises sans rétribution à ces consultations.

Art 21. — Lorsque dans une localité le nombre des malades excède la proportion ordinaire, le médecin, prévenu officiellement, se transporte, sans retard,

dans cette localité pour rechercher la nature et les causes du mal, conseiller les mesures générales à prendre relativement à l'hygiène publique et privée, et donner ses soins aux malades.

Il adresse immédiatement un rapport au Préfet et le tient au courant des faits importants.

Art. 22. — En cas d'épidémie grave, ou un médecin ou un interne des hôpitaux civils, pourvu du titre d'officier de santé, pourra être adjoint au médecin titulaire de la circonscription, pour assurer avec lui, et sous sa direction, l'exécution du service.

Art. 23. — Une fois par mois, et à un jour fixé, de concert avec le Maire, le médecin se rend dans les écoles publiques afin de constater les conditions hygiéniques de ces établissements et de s'assurer que les enfants qui s'y trouvent ne sont atteints d'aucune maladie contagieuse (ophtalmies granuleuses, teigne, gale, etc.) et qu'ils ont été vaccinés ou qu'ils ont eu la petite vérole.

Les enfants atteints de maladies contagieuses sont provisoirement rendus à leur famille et ne peuvent revenir dans les écoles qu'après une guérison complète.

Art. 24. — Les médecins de colonisation adresseront tous les trois mois au Préfet un rapport sur leur service.

Ce rapport indiquera :

1° La date des tournées, le nom des localités visitées, le nombre des malades traités à domicile, celui des malades envoyés dans les hôpitaux, le nombre des visites gratuites faites dans chaque localité, en dehors des tournées obligatoires ;

2° Le nombre des malades admis à la consultation et celui des malades étrangers à la circonscription, envoyés à l'hopital par suite de la consultation ;

3° Les décès survenus dans la circonscription ;

4° Enfin, tous les faits intéressant la santé publique qui se sont produits dans le courant du trimestre écoulé.

Art. 25. — Dans le courant du mois de janvier de chaque année, les médecins de colonisation doivent faire parvenir au Préfet, par l'intermédiaire des sous-Préfets, tous les documents relatifs à l'exercice de leurs fonctions, savoir :

1° Sur des cadres imprimés fournis par l'Administration, la liste nominative des habitants de la circonscription qu'ils ont été appelés à soigner gratuitement. Cette liste est accompagnée des détails relatifs aux maladies traitées, énoncées d'après un plan uniforme ;

2° La statistique relative au nombre et à la nature des maladies traitées, établie suivant un modèle déterminé ;

3° Les observations générales faites sur la salubrité, l'hygiène, la qualité des eaux dans les diverses localités et sur tous les faits de nature à intéresser la santé publique ;

4° Les remarques scientifiques que leur a suggérées l'état de la circonscription au point de vue médical ;

Art. 26. — Les avantages accordés aux médecins de colonisation, en dehors de leur clientèle payante, se composent d'un traitement fixe à la charge de l'Etat, d'une indemnité de logement de 500 francs au minimum ou du logement en nature, à la charge des communes de la circonscription et, éventuellement d'indemnités relatives à la surveillance des enfants du premier âge, établies par la loi du 23 septembre 1874 ; des honoraires payés par les départements pour les enfants assistés malades ; des rétributions du département pour les vaccinations réussies ; enfin de l'indemnité accordée pour la connaissance de la langue arabe.

Art. 27. — Les médecins de colonisation sont répartis en cinq classes, qui correspondent aux traitements suivants :

1re classe.	5,000
2e classe.	4,500
3e classe.	4.000
4e classe.	3,500
5e classe.	3,000

Art. 28. — La proportion dans chaque classe est fixée comme suit :

1re classe.	1/10 de l'effectif.
2e classe.	2/10 —
3e classe.	2/10 —
4e classe.	3/10 —
5e classe.	2/10 —

L'avancement ne peut être obtenu qu'après deux ans au moins passés dans la classe immédiatement inférieure.

Les officiers de santé en exercice avant le 5 avril 1878 doivent servir au moins trois ans dans une classe pour pouvoir être nommés à la classe supérieure et ils ne peuvent, en aucun cas, dépasser le traitement de 4,000 francs.

Art. 29. — Sur la proposition du Préfet, le Comité départemental entendu, un avancement exceptionnel sera accordé, à titre de récompense, aux médecins de colonisation qui se seront distingués pendant les épidémies, sans préjudice des récompenses honorifiques qui leur seraient attribuées.

Art. 30. — Les dispositions de l'arrêté ministériel des 8 mars, 3 avril 1854 sur les congés des fonctionnaires, sont applicables aux médecins de colonisation.

Ces praticiens seront remplacés pendant leur absence par un médecin ou un interne des hôpitaux pourvu du grade d'officier de santé.

Art. 31. — Les dispositions de l'arrêté du 5 avril 1878, qui ont rendu applicable aux médecins titulaires de colonisation, à partir du 1er avril 1878, la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles, sont confirmées.

Art. 32. — Tout médecin de colonisation dont les services ou la conduite laisseraient à désirer, sera invité à présenter des observations par écrit.

Les peines disciplinaires suivantes peuvent lui être infligées suivant la nature et la gravité des faits reprochés :

Le blâme motivé. prononcé par le Préfet ;

Le blâme motivé, avec suspension de traitement ne pouvant excéder un mois, prononcé par le Gouverneur général ;

La révocation, prononcée par le Gouverneur général, après avis du Comité départemental d'assistance médicale.

TITRE V.

Service pharmaceutique. — Remboursement du prix des médicaments.

Art. 33. — Dans les localités où il n'existe pas de pharmacien, le médecin de colonisation est tenu d'avoir un approvisionnement des médicaments dont la nomenclature est déterminée par les Comités.

Ces médicaments sont fournis aux médecins par les hôpitaux civils, au prix des marchés en cours. Les médecins les délivrent aux habitants de leur circonscription au prix de cession, augmenté de 15 p. 0/0.

Les livraisons faites aux personnes inscrites sur la liste d'admission aux secours médicaux gratuits sont constatées par un bon détaché d'un registre à souche, et remboursées trimestriellement par les communes.

Celles faites aux enfants assistés sont à la charge des départements.

Les médicaments délivrés aux passagers qui n'ont pas le domicile de secours sont remboursés par le budget de l'Assistance publique.

Art. 44. — Les bandages herniaires, bas lacés, etc., sont fournis par les hôpitaux, ou par des bandagistes spéciaux, sur des bons de médecins de colonisation, visés par les maires.

Sont exclues de ces fournitures les personnes n'ayant pas leur domicile de secours dans la commune.

TITRE VI.

Dispositions générales.

Art. 35. — Les médecins communaux sont invités à établir, à la diligence des maires, les rapports et états statistiques dont la production est exigée du service colonial par l'article 25.

Ces rapports adressés aux Comités départementaux, servent à établir annuellement la statistique médicale de l'Algérie.

Art. 36. — Sont abrogées toutes les dispositions antérieures sur le service médical de colonisation, en ce qu'elles ont de contraire au présent décret.

III

SERVICE MILITAIRE.

Un décret du président de la République, en date du 5 juin, arrête que les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe et les étudiants en médecine, possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, pourront être employés, en cas de mobilisation, au service médical de l'armée, à l'effet de seconder dans les corps de troupe, dans les hôpitaux ou dans les ambulances, les médecins et les pharmaciens du cadre actif, de réserve ou de l'armée territoriale. Ils sont nommés, selon leur spécialité, à l'emploi de médecin auxiliaire ou de pharmacien auxiliaire. Toutefois, les étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat ne peuvent être nommés médecins auxiliaires qu'après avoir subi un examen d'aptitude dont les matières seront fixées par un règlement spécial. La position dans la hiérarchie militaire des médecins ou pharmaciens auxiliaires est celle des adjudants élèves d'administration du service des hôpitaux. Leur solde, en temps de guerre, est la même que celle de ces adjudants élèves. Leur uniforme est déterminé par un règlement spécial.

REVUE CLINIQUE

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

Fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

J'aborde, aujourd'hui, un sujet que depuis longtemps je voulais traiter devant vous, non point dans tous les détails qu'il comporte, — une seule leçon serait loin d'y suffire, — mais tout au moins dans ses grandes lignes. Je veux parler des fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

La question est d'autant plus à l'ordre du jour que nous possédons en ce moment une véritable collection de ces fractures.

Ces fractures, en effet, sont fréquentes ; ainsi nous avons eu, dans le service, huit individus qui en étaient atteints; ces 8 cas se sont présentés en deux mois ou, ce qui serait plus vrai, 7 en cinq semaines. Mais comptons seulement 8 pour les deux mois, cela ferait de 48 à 50 par an, ce qui, pour les vingt et un grands services de chirurgie des hôpitaux de Paris, donnerait, comme statistique des hôpitaux, le chiffre d'un millier de fractures de l'extrémité inférieure du péroné par an. Si nous y ajoutons le nombre des cas observés et traités en ville, nous arrivons facilement à 5 ou 6,000 annuellement à Paris.

Nos huit fractures se décomposent au point de vue du sexe, en sept hommes et une femme. Donc l'immense majorité appartient au sexe masculin. Quant à l'âge, le plus vieux de nos fracturés a cinquante-quatre ans, le plus jeune vingt-quatre; ce qui nous donne, comme moyenne, trente-neuf ans.

Celui de nos malades qui vient après le plus jeune, a trente-trois ans, de telle sorte que l'on doit considérer ces fractures comme appartenant à l'âge moyen de la vie. Ce ne sont pas, en effet, des fractures de l'enfance ni de la jeunesse, non plus que de la vieillesse, mais bien de l'âge adulte, des fractures de vigueur ou, comme Astley Cooper les appelle encore, des fractures de force, d'énergie et de travail. Cela nous explique aussi pourquoi les fractures de l'extrémité inférieure du péroné sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

L'enfant se cassera la clavicule, le corps du fémur; les jeunes gens se casseront peu de chose, car chez eux les os sont élastiques, les articulations sont souples, le poids du corps léger; mais plus tard, la masse multipliée par la vitesse déterminera certains brisements tels que ceux de la jambe, du péroné, du radius, etc. A un âge plus avancé, à cinquante ans et plus, c'est l'extrémité inférieure du fémur qui sera plus facilement rompue, tandis que si cette même fracture se rencontre à dix-huit ans, elle aura lieu bien plutôt par décollement de l'épiphyse.

Les fractures de l'extrémité inférieure du péroné sont donc des fractures de vigueur, appartenant surtout au sexe masculin. Ces fractures, en dehors de celles qui sont produites soit par coup de feu, soit par écrasement, et qui rentrent alors dans la classe des fractures compliquées, se présentent sous deux aspects très caractéristiques: 1° les fractures du péroné seul, ou plutôt dans lesquelles la fracture est la seule lésion; 2° les fractures du péroné compliquées de quelque autre lésion voisine, ligamenteuse, tibiale, etc.

Sauf une variété, laquelle est très rare, toutes ces fractures sont des fractures articulaires. Mais dans cette variété, au contraire, la fracture porte seulement sur la pointe du péroné en dehors de l'articulation, et c'est là ce qui la différencie de toutes les autres fractures du même os où le trait de la fracture pénètre dans l'articulation : de là un pronostic et une marche particulière en raison même des lésions concomitantes.

Ces fractures de l'extrémité inférieure du péroné peuvent se diviser en plusieurs groupes, qui sont :

1° Fracture de la malléole à sa base dans un point variable, soit un peu plus haut, soit un peu plus bas. Cette fracture est assez commune, elle se complique rarement de fracture du côté du tibia, ce qui la transformerait en une fracture de la jambe.

2° Fractures au-dessus du ligament péronéo-tibial; elle est beaucoup plus fréquente que la précédente et elle s'accompagne le plus souvent des lésions suivantes : *a.* arrachement du ligament latéral interne; *b.* fracture de la base de la malléole interne; *c.* arrachement vertical de la face externe du tibia au niveau de son articulation avec le péroné; *d.* arrachement du bord antérieur du tibia. De plus, dans ces fractures compliquées, le péroné s'écarte du tibia, et si la malléole est fracturée ou libérée par l'arrachement des ligaments, tout ce qui est au-dessous de la fracture est entraîné et pivote du côté externe; de là un déplacement en totalité, sorte de luxation qui vient compliquer encore la fracture, donnant aux parties lésées cet aspect tout particulier auquel on a donné le nom de coup de hache de Dupuytren. Nous avons observé ce déplacement en totalité du pied chez quatre de nos malades sur huit. Il est, selon les cas, plus ou moins accusé; quelquefois il se présente sous une autre forme, c'est-à-dire que le pied pivote en dehors et en arrière, entraînant alors une déformation différente et une saillie plus considérable du talon. D'autres fois, les désordres s'accentuent davantage et, la lésion astragalienne l'emportant, on dit qu'il y a luxation de l'astragale avec fracture du péroné.

Passons maintenant aux causes de ces fractures. Les fractures du péroné se produisent sous l'influence de causes variables, faciles cependant à ramener à un mécanisme assez simple. Tout à coup, en courant, vous éprouvez une vive douleur, le membre devient impuissant, l'os éclate et la fracture se produit. Tantôt, au contraire, la fracture a lieu chez un individu qui reçoit une charge sur les épaules au moment où il est mal posé sur les jambes. D'autres fois, c'est le pied qui s'engage dans une mortaise accidentelle comme dans l'écartement de deux pavés ou de deux planches de bateau, le corps se portant en avant, en arrière ou de côté. Souvent aussi l'on fait un faux pas et le *pied se tourne*, appuyant exagérément tantôt sur son bord externe, tantôt sur son bord interne. Bien des fractures ont ainsi pour cause le bord d'un trottoir sur lequel le pied glisse pour tomber sur le pavé dans un mouvement de rotation en dehors et en appuyant sur son bord externe.

Voici comment nos huit cas se divisent au point de vue de leur origine mécanique : l'un d'eux a été produit par cause directe; il s'agit d'un garçon de vingt-sept ans, plombier, qui a reçu un coup de pied de son concierge. Trois sont le résultat du mouvement exagéré du bord externe du pied sur le sol; les quatre autres se sont produits dans des conditions variables, mais le bord interne du pied reposant sur le sol.

En résumé, les quatres premières fractures ont eu lieu sans déplacement; les quatre autres, au contraire, ont été accompagnées d'un fort déplacement, lequel a pu être réduit soit directement par la force, soit après chloroformisation du blessé.

Frappés de cette coïncidence entre la position initiale du pied et le genre de fracture qui se produit, la plupart des auteurs, au lieu de dire fracture compliquée de telle ou telle lésion, se sont plu à dénommer la fracture par le mécanisme même qui l'avait déterminée. De là l'obscurité et le défaut d'entente, quand on a voulu désigner la fracture par son mécanisme au lieu de s'appuyer sur la réalité. On est bien tombé d'accord, à la vérité, sur la fracture de la pointe et sur la racture de la malléole à sa base sans complication en disant fracture par arrachement; mais pour les autres, on ne s'est plus entendu, les uns parlant d fracture par adduction, d'autres par divulsion, etc.

Il y a dix ans, dans une leçon sur les fractures de l'extrémité inférieure du péroné, je divisais ces fractures en : fractures de la pointe, fractures malléolaires bénignes sans déplacement, et fractures du col comprenant les fractures compliquées. Les fractures de la pointe et de la base sont des fractures par adduction, par arrachement; celles du col sont toujours compliquées d'une lésion par adduction et divulsion. En somme, les fractures où le pied est tourné en dedans, sont des fractures simples; les fractures où le pied est tourné en dehors, sont des fractures par adduction, compliquées de déplacement, arrachement, avec séparation du tibia et du péroné.

Dans une seule leçon d'une heure, je ne puis pas m'appesantir autant que je le voudrais sur un sujet aussi considérable par les détails qu'il mérite de comporter : aussi mon but est-il seulement de tracer quelques grandes lignes sur les fractures qui nous occupent, me proposant d'y revenir lorsque l'occasion s'en présentera. Je terminerai donc en vous disant encore quelques mots des signes de ces fractures.

Au point de vue de leurs signes, on pourrait diviser les fractures de l'extrémité inférieure du péroné en deux grandes variétés : l'une qui vous crève les yeux par la grossièreté de ses signes; l'autre, au contraire, qui ne présente que des signes incertains et douteux.

Voici, du reste, quels sont ces signes :

1° La crépitation. Elle manque dans un grand nombre de cas, qu'il y ait ou non déplacement, bien que chez nos huit malades elle ait été constatée par mes internes.

2° La déformation *récente*. Je dis récente, car il faut avoir grand soin de la distinguer d'une déformation ancienne.

Je m'explique : un blessé nous est amené pour un traumatisme produit au niveau d'une ancienne fracture qui, dans son temps, a été mal soignée, vous apercevez une certaine déformation au niveau du mal, et si vous n'y prenez garde, si vous n'avez pas soin de vous enquérir des antécédents de votre malade, vous diagnostiquez une fracture, prenant cette déformation pour un phénomène récent.

3° La mobilité anormale, transversale, est un signe caractéristique, mais qui n'existe pas dans tous les cas, alors même qu'il y a un fort déplacement. Je ne parle pas du ballottement intra-astragalien, dont l'existence est, bien entendu, un signe de certitude absolue.

4° Bruit de la fracture au moment de l'accident. Certains blessés le perçoivent très nettement; j'en parle d'autant plus savamment que je l'ai entendu sur moi-même, certain jour où, courant à grands pas, je me fracturai le péroné droit. Cependant j'ajouterai que c'est là un signe détestable en raison de son inconstance.

5° Les cas sans déplacement ne se révèlent guère que par deux signes : *a.* le ballottement intra-astragalien, à moins que le péroné ne soit simplement fêlé; *b.* en parcourant la face externe de l'os, on trouve un point unique très douloureux. Cela s'observe ainsi dans les fractures malléolaires qui se produisent par suite de la rotation du pied en dedans.

Le pronostic est basé sur deux points de la plus haute importance : 1° éviter l'arthrite, fatale pour ainsi dire, lorsque la fracture communique avec l'articulation; 2° réduire parfaitement, à tout prix, la fracture, sinon le membre est déformé, la marche est pénible, difficile, et peut-être entravée pour le reste de la vie du malade.

Aujourd'hui, grâce au chloroforme et à la connaissance précise que nous avons de ces fractures, grâce au merveilleux appareil plâtré si efficace pour

maintenir leur réduction, on peut dire que la guérison des fractures est la règle même lorsqu'elles sont très graves et même lorsqu'il y a eu un fort déplacement. (*Gaz. des hôpitaux*).

FORMULES DE THÉRAPEUTIQUE

Glycéré parasiticide.

L'absorption par la peau intacte d'une substance incorporée à la graisse est faible ou nulle, exception faite pour l'onguent napolitain. Si l'on en croit M. Vigier, toute substance incorporée à la glycérine (iodure de potassium, chlorhydrate de morphine, sulfate d'atropine) n'est pas absorbée. Il base ce fait sur la propriété de la glycérine de ne pas mouiller la peau et sur des expériences directes qu'il a faites sur lui-même et sur des élèves en pharmacie. Aussi, conseille-t-il de substituer comme parasiticide à l'onguent napolitain, qui tache fortement le linge et est absorbé, un glycéré ainsi composé :

Sublimé corrosif . . . 5 grammes.
Glycerine anglaise . . 100 —

Malgré la causticité du bichlorure de mercure, la peau n'est pas irritée par ce mélange, et, après de larges applications sur la peau, on ne trouve pas de mercure dans les urines. (*Gaz. heb. de méd. de Paris*).

VARIÉTÉS

PETITS ENNUIS DE LA MÉDECINE EXPÉRIMENTALE.

Monsieur et cher directeur,

Laissez-moi vous raconter une petite histoire que je vous autorise à faire connaître à nos confrères du *Concours*, car elle peut les intéresser, histoire que vous pourrez intituler : *Trop de zèle peut nuire :*

Un chien soi disant enragé, et considéré comme tel par la rumeur publique et le vétérinaire qui en a fait ultérieurement la nécropsie, avait mordu cinq ou six personnes, soit à Rambervilliers, soit dans les environs. Grand émoi, vous le pensez. Que faire? Cautériser les plaies, il est trop tard et la brûlure fictive du nitrate d'argent ne rassure même plus les habitants de la campagne. Il vaut mieux, dans ces cas là, s'abstenir de toute intervention therapeutique, affirmer avec conviction que le chien n'était pas hydrophobe, donner de la distraction aux malades et leur prouver par la négligence que l'on met à les traiter qu'on ne prend pas leurs terreurs au sérieux. C'est ce que je fis dans ce cas, provisoirement du moins.

Rassuré en apparence, je n'en craignais pas moins, *intus in pectore*, le développement des accidents rabiques chez ces malheureux. Il y a un peu plus de dix mois, la question du traitement de la rage étoit sur le tapis à l'Académie. Les communications très intéressantes de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, qui semblait s'être très bien trouvé de l'usage du sulfure d'allyle m'engagèrent à lui écrire. Il signalait des personnes mordues par des chiens reconnus hydrophobes et qui, soumises à la médication que je viens de citer, n'avaient jamais présenté d'accidents rabiques. Je demandai à notre très honoré confrère où il s'était procuré le sulfure d'allyle en question. Il me répondit qu'un pharmacien de Paris lui avait fourni les capsules désirées. J'écrivis à ce pharmacien et lui commandai 100 capsules de sulfure d'allyle. Cela se passait fin juin dernier. Je tombais mal.

Les aulx dont on devait tirer par distillation le principe esssentiel étaient les anciens trop vieux, les nouveaux trop jeunes et peu riches : On en distilla d'abord 30 kilos sans résultat, et l'on me fit part de ces ennuis ; et je répondis aussitôt par télégramme : Cessez toute distillation. Je reçus cependant, une huitaine de jours après, les 100 capsules de sulfure d'allyle et la facture qui les accompagnait. Le pharmacien ne voulait pas faire sur moi le plus petit bénéfice; les 100 capsules ne m'en coûtaient pas moins *cinquante francs.*

Pensez-vous que j'aie poussé l'audace jusqu'à les faire avaler à mes blessés. De grâce, non, le premier acte de la comédie m'avait suffi. Des capsules à cinquante centimes pièce, qui se serait permis ce luxe et même quelle utilité pouvaient-elles avoir, puisque le chien avait été déclaré par moi-même n'être pas hydrophobe? La suite a prouvé en effet qu'il ne l'était pas. Après sept mois d'incubation, aucune des personnes mordues n'a présenté le moindre symptôme de rage. Aucune n'a absorbé de sulfure d'allyle, je conserve mes chères capsules pour de temps meilleurs, je les contemple parfois et l'odeur accusatrice qui s'en échappe me fait rêver encore à ce mets, si cher aux méridionaux et que jadis, je goûtais si peu.

Agréez, etc. Dr LARDIER.
(*de Rambervilliers*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Honoraires médico-légaux.

I

SYNDICAT DE L'ARRONDISSEMENT DE BAUGÉ.

Dans sa séance du 25 novembre 1882, le *Syndicat de l'arrondissement de Baugé*, prenait la résolution suivante :

« *En principe, les médecins syndiqués de l'arrondissement de Baugé, refusent à l'avenir de faire des expertises médico-légales. Ils ne prêteront plus leur concours que dans les cas de flagrant délit, prévus par l'article 475, no 12, du Code pénal.*

« *Ils se déclarent solidaires des coûts et débours qui pourraient incomber par suite de condamnations de l'un ou l'autre des membres, pour le refus qu'ils pourraient opposer.*

« *Enfin, le Bureau du Syndicat est chargé de faire connaître les présentes résolutions à tous les Syndicats médicaux existants. — Le Syndicat de Baugé adoptera alors la ligne de conduite acceptée par la majorité des Syndicats* ».

Comme secrétaire du Syndicat, je me suis mis en rapport avec les présidents ou secrétaires des syndicats établis, en me conformant pour les noms et adresses à la liste donnée par le *Concours médical.*

Quelques-uns ont cru ne pas devoir répondre, la plupart cependant ont pris en considération la circulaire adressée, et c'est de leurs réponses que je viens entretenir l'organe officiel des Syndicats médicaux de France.

Un certain nombre de Syndicats ont pris une résolu-

tion conforme à celle du Syndicat de Baugé.

Ce sont ceux de l'arrondissement de *Saint-Lô*, de la *Rochelle*, du *Médoc*, de *Lot-et-Garonne*, du *Finistère*.

Le Syndicat de *Brioude* est du même avis ; seulement des considérations personnelles le font rester provisoirement dans le statu quo.

Le Syndicat *des vallées de l'Aisne et de la Vesles*, par l'intermédiaire du *Concours*, répond « que les termes « *flagrant délit* sont extrêmement élastiques, et tout en « adoptant en principe la résolution du Syndicat de « Baugé, désire que le Conseil judiciaire du *Concours* « *médical* donne son avis motivé et définisse exactement « le flagrant délit ».

Dans son nº du 5 mai 1883, le *Concours* publie une consultation à cet égard.

Le Syndicat de *Meurthe-et-Moselle* « ne s'est pas en- « core occupé de la question qui lui est soumise, mais « il doit la mettre à l'étude prochainement ».

Celui de *Voiron* et cantons voisins, « ne s'est pas « occupé jusqu'ici de la question des expertises médico- « légales; mais son secrétaire considère que c'est un des « plus grands abus consacrés par la loi de 1811, et il « ne doute pas que le Syndicat du Voiron n'approuve « les résolutions prises par le Syndicat de Baugé ».

Le Syndicat du *Var* n'a pas encore pu étudier la question, ainsi que celui du canton d'*Huriel*, (Allier) et celui du *Cher*, (Région Nord).

L'Association professionnelle des médecins de Rouen, tout en reconnaissant combien sont fondés les motifs d'abstention dans les circonstances actuelles, ne peut adhérer cependant complètement à la mesure adoptée par les Syndicats de Baugé et de Lot-et-Garonne. L'Association prendra une détermination ultérieurement.

Le Syndicat de la *Vendée* décide que ses membres « refuseront d'obtempérer à toute réquisition dont le « taux d'honoraires est fixé par la loi. — Est exceptée « toutefois la réquisition faite par le maire d'une com- « mune, si ce maire assure au médecin la rémunération « de ses honoraires d'après le tarif du Syndicat. Il me « semble, ajoute M. le docteur Mignen, de Montaigu, « que, si vous permettez, en cas de flagrant délit, au « médecin de donner son concours, vous ne faites que « consacrer ce que le code a établi et contre quoi nous « sommes pourtant tous d'accord pour nous élever. Vo- « tre résolution est elle-même de nature à déterminer de « graves conséquences. Un médecin qui refuserait, à « deux reprises consécutives, de prêter son concours à « la justice, tomberait sous le coup de l'article 478, qui « déclare que, dans le cas de récidive, la peine de l'em- « prisonnement pendant cinq jours sera toujours appli- « quée. Dans cette situation, continue M. le docteur Mi- « gnen, j'ai songé à proposer à mes confrères, une autre « règle de conduite :

« 1º Quand il y a flagrant délit, ou plutôt quand notre « concours peut être utile à des blessés (je ne dis pas à « la Justice), obéir à la réquisition.

« 2º Quand on vient vous demander pour constater un décès, refuser dans tous les cas.

« 3º Si la récidive pouvait être encourue, obéir à la réquisition et faire un rapport dans lequel on relate- « rait ce qu'on aurait constaté *de visu*, mais dans lequel « on s'interdirait de formuler aucune opinion, de donner « la plus petite discussion. — Au procureur qui en ferait la remarque et noterait le rapport d'insuffisance, « on répondrait : je ne fais pas de *médecine légale* ; « adressez-vous à ceux qui ont acquis des connaissances « spéciales. — Or, la récidive serait très rare ; donc, « nous aurions institué une vraie grève, et notre posi- « tion serait excellente.... »

Le président du syndicat de la Touraine fait connaître l'avis de la majorité des membres syndiqués d'*Indre-et-Loire*, avis que les statuts de cette association libellent de la manière suivante: « Art. 13 : Les membres du syn- « dicat, dans leurs rapports avec les sociétés de secours « mutuels, les administrateurs et toutes les sociétés « autres que celles des indigents, considèrent leurs ma- « lades comme des clients ordinaires. » C'est-à-dire, « ajoute M. le Dr Bouthery, que nous refusons à qui « que ce soit le droit de nous traiter en vassal; comme « citoyens, nous donnons des secours en cas d'urgence, « mais nous refusons le fait de réquisition, sauf le cas « d'urgence réelle. »

Enfin, (*Concours médical* du 26 mai 83) le Conseil syndical du *Loiret*, conformément aux décisions prises par les différents cercles, décide que les députés et sénateurs du Loiret seront invités :

1º Provoquer les modifications à la tarification actuellement en vigueur, modifications qui porteraient à 10 francs le prix de la visite avec rapport, à 50 francs l'autopsie, à un franc l'indemnité de déplacement par kilomètre parcouru le jour, 2 francs la nuit.

2º Obtenir différentes autres améliorations (voir le nº cité).

Le Conseil syndical du Loiret parle d'obtenir, par l'intervention des membres du Parlement ce qu'on peut obtenir tout autrement. — En effet, le Dr *Cassius*, secrétaire du syndicat de *Lot-et-Garonne* (syndicat dont les membres s'étaient empressés de prendre la même résolution que le syndicat de Baugé) écrit à la date du 30 mai, une circulaire qu'il adresse à tous les syndicats : « A l'avenir « dit-il, le Parquet et le juge d'instruction règleront « eux-mêmes le prix des honoraires pour les opérations « et expertises médico-légales, au moyen de vacations de « jour et de nuit du prix de 3 fr. et de 4, 50. Le juge « accordera un nombre de vacations équivalant au prix « moyen des honoraires fixés par le tarif du syndicat. — « Ainsi, par exemple; une autopsie d'adulte sera payée « en moyenne 100 francs, celle d'un enfant de 50 à 60 fr. « l'examen au spéculum 10, etc. — En conséquence, le « syndicat de Lot-et-Garonne poursuivant surtout un « but pratique, renonce à mettre à exécution jusqu'à « nouvel ordre et tant que l'accord subsistera avec le « parquet, les résolutions votées dans la séance du 18 « janvier 1883 », c'est-à-dire le refus de tout con- « cours.

Tel est le compte-rendu sommaire des réponses adressées au syndicat de Baugé.

Mais s'il m'est permis de tirer une conclusion, je dirai aux syndicats qui hésitent à refuser catégoriquement leur concours à la justice : Voyez le syndicat de Lot-et-Garonne :

Poursuivant un résultat pratique, il a commencé par être... pratique. Il a proclamé énergiquement l'abstention, la grève, devant cette attitude énergique, le PARQUET A CAPITULÉ. Il sera obligé de faire de même dans tous les ressorts où les médecins syndiqués refuseront de se laisser exploiter plus longtemps. Au risque de me répéter, je rappellerai encore une fois cette phrase d'un certain procureur :

« Si cette abstention était pratiquée simultanément dans toute la France, ce serait un moyen héroïque qui, nécessairement, appellerait l'attention du Législateur. » Dr Boell.

Secrétaire du Syndicat médical de Baugé (Maine-et-Loire).

II

SYNDICAT DE LOT-ET-GARONNE.

Très honoré confrère,

Le Président du syndicat de Lot-et-Garonne me charge de porter à votre connaissance que, par suite de l'intervention du conseil des syndics, les honoraires médico-légaux ont été ainsi réglés d'un commun accord :

« A l'avenir, le parquet et le juge d'instruction règle-
« ront eux-mêmes le prix des honoraires pour les opérations
« et les expertises médico-légales au moyen de vacations
« de jour et de nuit du prix de 3 fr. et de 4 fr. 50. Le
« juge accordera un nombre de vacations équivalent au
« prix moyen des honoraires fixés par le tarif du syndi-
« cat. »

Ainsi par exemple : une autopsie d'adulte sera payée en moyenne 100 francs; celle d'un enfant de 50 à 60 fr.; l'examen au spéculum 10 fr. etc.

En conséquence, le syndicat de Lot-et-Garonne, poursuivant surtout un but pratique, renonce à mettre à exécution jusqu'à nouvel ordre, et tant que l'accord subsistera avec le parquet, les résolutions votées dans la séance du 28 janvier 1883.

Je m'empresse, très honoré confrère, de vous transmettre ces résultats en vous priant de les communiquer à votre syndicat, et vous prie d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Le secrétaire, Dr Cassius.

NOUVELLES

EXTRAIT DU RAPPORT DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE PARIS.

L'ensemble des examens subis pendant l'année scolaire 1881-1882 s'élève au chiffre de 6,076. Le nombre des examens suivis de succès a été de 4,426. Celui des refus a été de 1,650, c'est-à-dire que le nombre des élèves refusés a dépassé le quart et ne s'élève pas au tiers des examens subis. C'est à peu près la proportion de l'an passé; il convient de faire remarquer ici que le nombre des matières enseignées n'a cessé d'augmenter depuis quelques années.

La note passable domine toujours. Quant aux très bonnes notes, il y a eu, sur les 6,076 épreuves probatoires, 255 très bien et 74 extrêmement bien dont 34 aux examens et 38 à l'épreuve de la thèse.

Quand on examine de plus près les résultats numériques dont nous parlons, il est impossible de ne pas être frappé de la fréquence relative des refus et des mauvaises notes aux examens qui portent sur les sciences appliquées à la médecine (histoire naturelle, physique et chimie médicale). Que conclure de ces résultats, qui s'accusent chaque année davantage, sinon que nos élèves abordent les études médicales avec une préparation scientifique insuffisante, et que le diplôme du baccalauréat ès sciences restreint, qu'on exige des candidats en médecine comme une garantie préliminaire, ne présente, en réalité, qu'une garantie illusoire. Or, le baccalauréat ès sciences restreint, étant à peu près uniquement recherché par les futurs étudiants en médecine, et n'ayant guère d'autres raisons d'être, peut-être y aurait-lieu d'en examiner attentivement le programme, peut-être même conviendrait-il de le mettre en rapport avec les études dont il est en quelque sorte la préface, afin de permettre aux professeurs de la Faculté, chargés de l'enseignement des sciences auxiliaires de la médecine, de ne plus s'attarder aux éléments, et d'aborder immédiatement leur sujet au point de vue des applications futures.

CHIRURGIE DENTAIRE. — Le Dr Aguilhon de Sarran fera huit leçons avec démonstrations pratiques sur la chirurgie dentaire à sa clinique *rue Suger 13*. La première leçon aura lieu le vendredi 15 juin à *cinq* heures du soir.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès de deux membres du *Concours médical* : MM.

Le Dr Maire, officier de la Légion d'honneur, président honoraire de l'Association des médecins de la *Seine-Inférieure*.

Le Dr Brun d'*Ambert*, décédé prématurément à l'âge de 41 ans.

BIBLIOGRAPHIE

O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Recherches sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées, contribution à l'étude des tumeurs osseiformes de la peau; par le docteur A. Malherbe, professeur de l'école de médecine de Nantes. — In-8 de 125 pages, avec cinq planches hors texte contenant 24 figures. Prix : 3 fr. 50.

Traitement rationnel et curatif du choléra dans l'immense majorité des cas, par Chabassu, médecin principal de la Marine en retraite. In-8 de 44 pages. Prix : 1 fr. 50.

Traité théorique et clinique de la dysenterie (diarrhée et dysenterie aiguë et chronique), par H. J. B. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la Marine. — Un volume in-8 de 795 pages. Prix : 12 francs.

Microchimie végétale. Guide pour les recherches phyto-histologiques à l'usage des étudiants par *V. A. Poulsen*, traduit de l'allemand par *J. Paul Lachmann*. 1882. Prix : 2 francs.

L'alimentation dans la tuberculose, par le Dr *J. Pelletan*. in-8, brochure 1883.

Bulletins de la société anatomique de Nantes, recueillis per le Dr *A. Malherbe*. 4me année. 1880, in-8, brochure.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

23 Juin. 1883 — Organe officiel des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — No 25

SOMMAIRE

BULLETIN

Après quelques explications nouvelles de M. *J. Rochard*, l'Académie a voté les conclusions présentées par la Commission au sujet de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. M. *Léon Le Fort* a proposé une modification qui a nécessité le renvoi de l'article à la Commission. Le rapport attribuait l'infection de l'air, signalée à Paris pendant l'été, à la présence, autour de la capitale, des dépotoirs et du dépôt de voirie. M. Le Fort, qui vient de visiter les établissements de Bondy et d'Aubervilliers, croit qu'il n'est pas possible d'admettre que les odeurs du centre de Paris soient dues à ces dépotoirs, et surtout que ceux-ci soient la cause de l'éclosion des germes de la fièvre typhoïde, les matières fécales étant complètement transformées, dans ces établissements, au bout de trois jours au maximum. L'orateur pense donc qu'il est utile de modifier ainsi le quatrième considérant et la troisième conclusion de la Commission (v. *Conc. méd.* nº 253 p. 22) :

« La présence, autour de Paris, de *certains* dépotoirs et dépôts de voirie trop rapprochés de la ville, et *dans lesquels toutes les précautions ne sont pas prises contre la fermentation des matières fécales*.

« *Faire observer les règlements concernant l'éloignement des dépotoirs et dépôts de voirie et les mesures prescrites, pour que leurs émanations ne puissent nuire.* »

En outre, M. Lefort voudrait que l'on ajoutât la phrase suivante :

« Repousser le projet de verser à l'égout les matières liquides et solides ; cette mesure, dans l'état actuel des choses à Paris, sans une canalisation plus complète, sans une irrigation extrêmement abondante de tout le réseau d'égouts, ne pouvant être que des plus dangereuses pour la santé publique. »

Cet article additionnel est renvoyé à l'examen de la Commission, ainsi que les deux autres dont nous venons de donner la rédaction.

Les accoucheurs des hôpitaux.

(Troisième article (1).

Après avoir rapporté les bruits qui circulaient dans le monde médical à propos des mesures prises par MM. les accoucheurs des hôpitaux, pour interdire l'entrée de leurs salles à toute personne qui ne ferait point partie du service, nous terminions notre dernier article en souhaitant de voir la lumière se faire sur cette importante question, et en demandant aux titulaires des nouveaux services, qui désirent faire profiter l'enseignement de l'obstétrique des riches matériaux dont ils disposent maintenant, de vouloir bien nous en avertir pour que, à notre tour, nous puissions le faire savoir aux intéressés. Notre appel a été entendu : nous avons reçu deux lettres de MM. Budin et Pinard qui nous ont invité à visiter leur service de la Charité et de Lariboisière,

(1) V. *Conc. méd.* nos 20 et 21.

et à nous assurer ainsi, par nous-même, des mesures qu'ils avaient cru devoir prendre pour concilier, comme nous le demandions, l'intérêt des malades et celui des élèves.

Nous nous sommes rendu à la très aimable invitation de nos deux confrères, heureux de profiter de l'occasion qu'ils nous fournissaient d'apprécier *de visu* ce dont nous n'avions pu parler que par oui-dire.

Et maintenant que nous avons *vu*, nous ne faisons pas la moindre difficulté de reconnaître que nous avions été très incomplètement renseigné : nous sommes revenu absolument satisfait de notre double visite.

Parlons d'abord des malades. Les deux services sont admirablement organisés au point de vue hygiénique et médical : il est peu de grandes dames dont les couches soient entourées d'autant de soins, et de soins si éclairés; salles spacieuses, bien aérées et contenant un petit nombre de lits; mobilier tout en fer ou en fonte, facile à laver et à entretenir dans un bon état de propreté; point de rideaux aux lits, ni aux fenêtres qui puissent servir de réceptacle aux poussières et aux miasmes malsains : des stores en toile, placés en dehors des fenêtres, suffisent à lutter contre le soleil ou les regards indiscrets; enfin les parquets sont lavés régulièrement, puis cirés, l'administration tenant beaucoup à la cire et aux parquets brillants, les chefs de service, tenant surtout aux résultats brillants. Chaque malade à des objets de toilette intime qui ne servent qu'à elle, mais qui lui servent régulièrement deux fois par jour : le reste du temps, une compresse trempée dans une solution de sublimé (soit à un millième, soit à un deux millième) maintient la désinfection d'une façon absolument complète. Aux extrémités de la salle, deux coquettes fontaines en grès, chargées du même liquide, vous invitent à vous laver les mains en passant, avant d'examiner les malades. Des vaporisateurs, placés de distance en distance, et des pulvérisateurs, que l'on met en pression de temps en temps, entretiennent dans les salles une atmosphère légèrement phnéniquée, bien plus agréable à respirer que les senteurs qui vous assaillaient autrefois au lit des malades.

Nous n'insisterons pas, — ce n'était point notre but, — sur la disposition des locaux qui nous ont paru aussi bien appropriés que possible à leur usage, étant donné que les nouveaux services ne sont, en somme, que des transformations de services déjà existants, mais des transformations bien étudiées et bien réussies qui font le plus grand honneur à l'expérience et à la fécondité d'invention des deux médecins qui ont présidé à ce travail. Nous ne voulons pas cependant terminer cette ébauche de description sans signaler à nos lecteurs les trois chambres d'isolement dont est pourvu le service de la Charité : ces pièces, assez spacieuses, sont non-seulement complètement séparées, par la disposition des lieux, des autres salles, mais elles sont desservies par un personnel spécial qui n'a pas de communications avec le personnel du reste du service.

M. Pinard a jusqu'ici vainement réclamé quelque chose de semblable, l'Administration n'a pas encore fait droit à sa demande; M. Pinard n'est pas homme à se rebuter, et nous espérons bien que son opiniâtreté finira par triompher des *sages lenteurs* de l'Administration.

Si, comme nous l'avons dit, l'Interne de garde à l'hôpital n'est pas admis à intervenir dans les salles d'accouchements, les accouchées ne sont pas, pour cela, abandonnées à elles-mêmes : elles sont placées sous la surveillance continue de l'Interne du service qui, en revanche, est dispensé de toute autre garde, des élèves de services, et enfin de deux sages-femmes expérimentées qui font chacune un jour de garde sur deux. Dans les circonstances graves, le chef de service exige qu'on le prévienne immédiatement : les accoucheurs des hôpitaux se sont même arrangés de telle façon qu'un d'entre eux soit toujours présent, à Paris, même le dimanche, pour le cas où son intervention serait jugée nécessaire; il est difficile de prendre plus de précautions, de faire preuve de plus de dévouement.

(A suivre.) Dr J. Geoffroy.

— Le différend qui s'est élevé entre les médecins et chirurgiens d'une part, et les accoucheurs des hôpitaux de l'autre, est, paraît-il, à la veille d'être tranché par voie administrative. M. le Ministre de l'Intérieur aurait, en effet, décidé : 1° que les accoucheurs ne prendront point part aux jurys du bureau central ; 2° qu'ils pourront être tirés au sort pour les jurys d'élèves (externat, internat, médailles) ; 3° que leur jury de concours subira l'abjonction de deux chirurgiens sur sept juges.

MÉDECINE PRATIQUE

CAUSES ET TRAITEMENTS DES VOMISSEMENTS.

Symptôme banal par excellence, le vomissement semble ne devoir fournir qu'un prétexte à généralités vagues, si on l'envisage en lui-même et indépendamment des affections qui le causent.

Si pourtant on examine les choses de près, on ne tarde pas à se convaincre que l'analyse attentive des circonstances dans lesquelles il se produit, des caractères objectifs qu'il revêt, de son mécanisme et de sa durée peut, sinon permettre un diagnostic, tout au moins mettre sur la voie de celui-ci.

Dès lors, l'étude purement séméiologique de ce symptôme présente un réel intérêt clinique, et il est aisé de comprendre pourquoi des écrivains éminemment pratiques ont consacré à l'étude des vomissements d'instructifs chapitres (1).

I

Malaise général plus ou moins accusé, angoisse épisgastrique, refroidissement des téguments, horripilations, sensations vertigineuses avec sueurs froides et défaillance, troubles visuels et céphalalgie constituent le prélude habituel de l'acte du vomissement dans les cas les plus fréquents. Alors le malade exécute une longue inspiration, puis survient un effort prolongé, violent et caractéristique, pendant lequel la respiration s'arrête, la face se congestionne; puis, par la bouche entr'ouverte, s'échappent les matières rejetées, et presque aussitôt se produit une sensation de soulagement plus ou moins complète.

Cet acte à la fois si simple et si complexe a donné lieu à des explications théoriques très diverses que les connaissances actuelles indiquent de confondre dans un sage éclectisme. On a longtemps cru que les contractions de l'estomac suffisaient seules à expulser son coutenu et le vomissement était considéré comme un acte purement gastrique. Les expériences de Magendie ont démontré que les muscles abdominaux étaient les agents principaux du vomissement, puisqu'il avait obtenu le même résultat en substituant au viscère une vessie de porc; mais il est certain que le diaphragme et la portion mécanique de l'appareil respiratoire entrent en jeu dans la production du vomissement, et que l'estomac est le siège de contractions manifestes allant du pylore au cardia (Patry de Sainte-Maure, Vulpian), tandis que les fibres longitudinales de l'œsophage amènent la dilatation de ce dernier orifice.

Le rôle de la tunique musculeuse de l'estomac est attesté d'ailleurs par l'observation clinique. Autrement, comment pourrait-on expliquer le contraste suivant ? — De deux malades, l'un a une bronchite bien intense, avec des efforts de toux incessants, et, malgré ces efforts, il ne vomit pas; l'autre est un phthisique qui ne présente que de rares accès de toux, et cependant, à chaque accès, il y a reject des aliments.

C'est que, chez l'un, les parois de l'estomac fonctionnent normalement, tandis que chez le second, la dyspepsie qui a rendu ces parois flasques et atoniques permet le rejet du contenu sous la moindre pression de l'abdomen.

En outre, la sensibilité de la muqueuse gastrique étant le point de départ de l'excitation réflexe qui amène le vomissement, on conçoit que, si elle vient à être anéantie, le viscère tolère d'une manière surprenante un contenu dont des irritations simplement superficielles amèneraient infailliblement le rejet. Tel était le cas de ce malade dont M. Dujardin-Beaumetz parlait en 1877 à la Société médicale des hôpitaux. Chez lui un liquide caustique avait transformé en une vaste eschare la presque totalité des couches muqueuses et musculeuses de l'estomac, et cependant il vécut quatorze jours buvant une grande quantité de lait et sans avoir un seul vomissement.

La notion des efforts musculaires qui accompagnent l'acte du vomissement est la distinction caractéristique entre lui et les phénomènes de régurgitation, d'éructation, de nausées. Toutefois, dans les premiers mois de la vie, les efforts sont à peine sensibles; aussi le nouveau-né rejette-t-il le contenu gastrique avec une grande facilité et on pourrait dire qu'il ne connaît guère que la régurgitation. Plus tard, ces efforts varient suivant chaque sujet, et suivant aussi la cause du vomissement; nous aurons à revenir sur ce point à propos du diagnostic étiologique, et nous ne négligerons pas de tenir compte de l'élément effort dans notre examen clinique.

II

Appelés auprès d'une personne qui nous accuse l'existence du symptôme vomissement, nous devons nous enquérir en premier lieu de la NATURE DES MATIERES VOMIES et nous les faire montrer autant que possible.

Très souvent le vomissement est purement alimentaire: *aliments et boissons non modifiés*, avec leur aspect et leur couleur, ou ayant à peine subi un commencement de chymification, se trouvent dans les vomissements consécutifs à l'*indigestion simple*, soit à cause du court séjour qu'ils ont fait dans l'estomac, soit que le suc gastrique ait perdu momentanément ses propriétés chimiques et physiologiques. Dans le cas où un obstacle au passage des aliments, siégeant au niveau de l'œsophage, comme dans le *rétrécissement* de cet organe, s'oppose à la pénétration dans l'estomac, les aliments peuvent être rejetés à peine altérés; c'est alors par une régurgitation, il est vrai, plutôt que par vomissement. Mais il ne faut pas croire que cette régurgitation se produise toujours presque aussitôt après l'ingestion ; car on voit assez souvent, dans ces cas, une poche formée au-dessus de l'obstacle par la dilatation de l'œsophage, et les aliments peuvent y séjourner un temps assez long.

Sans avoir subi la chymification physiologique, les aliments peuvent avoir été modifiés par la décomposition putride, et ces matières putréfiées exhalent une odeur extrêmement fétide, due à la production d'acides appartenant à la série grasse; on y trouve des sarcines. C'est le cas dans la *dilatation simple de l'estomac* ou dans celle qui succède à un obstacle siégeant au pylore, (rétrécissement, cancer).

Les vomissements *muqueux* ou *pituiteux* se

(1) Dujardin-Beaumetz. Traité de Clinique thérapeutique. T. I. p, 455. — Damaschino. Traité des maladies des voies digestives. p. 690.

voient dans la *catarrhe chronique de l'estomac* chez les *buveurs*; c'est la gastrorrhée. C'est surtout le matin, à jeun, en se levant que le malade rejette en abondance ces produits muqueux accumulés pendant la nuit dans son estomac. On les observe aussi, mais beaucoup moins abondants, dans la *grossesse*.

Les vomissements séreux ou séro-muqueux du *cholera* sont bien connus.

Les *vomissements sanglants* (hématémèses) se montrent dans la *gastrite ulcéreuse* et dans le *cancer* de l'estomac. Les pathologistes indiquent entre les hématémèses causées par ces deux maladies des caractères différentiels assez tranchés; il n'est pourtant guère facile de les reconnaître pratiquement d'après la seule inspection des matières rendues. Tantôt il s'agit de vomissements noirâtres peu abondants, semblables à de la suie, à du goudron, et il y a présomption pour une simple exhalation sanguine par congestion intense de la muqueuse; tantôt le sang est rejeté peu modifié, liquide ou en caillots, en abondance, et l'on pense qu'une ulcération de vaisseau d'un certain calibre s'est produite. Mais dans les deux maladies, les deux variétés existent. Quand il n'y a pas lieu de penser à une affection localisée à l'estomac, le vomissement sanglant évoque l'idée de *troubles circulatoires du système porte* (cirrhose hépatique, surtout) ou *modifications dans l'état du sang* (fièvres éruptives hémorrhagiques, scorbut, leucémie, ictère grave, fièvres jaune, intermittentes pernicieuses, etc).

Il faut aussi songer à la possibilité d'hématémèses supplémentaires ou névropathiques (1).

Les vomissements *bilieux*, porracés, se voient dans la péritonite, la colique saturnine.

Très rarement, les matières vomies pourront être franchement *purulentes*, dans le cas d'évacuation d'un abcès sous-muqueux ou plutôt d'une collection périgastrique formée dans le foie, le péritoine, etc. A titre de raretés, signalons encore les *vers intestinaux*, les *calculs* biliaires ou rénaux qu'on peut rencontrer dans les vomissements. On y a trouvé aussi de l'urine, quand une fistule faisait communiquer l'estomac ou le duodénum avec l'appareil rénal.

Plus souvent l'analyse chimique décélera la présence de l'urée (vomissements urémiques supplémentaires dans la maladie de Bright et l'anurie hystérique).

En dernier lieu rappelons les vomissements *fécaloïdes*, dont l'odeur et la couleur, ainsi que la saveur atroce perçue par le malade, attestent la nature, et qui se voient dans l'occlusion intestinale.

Avant de finir, il ne faut pas négliger d'insister sur la possibilité des *simulations* en ce qui concerne la nature et la fréquence des vomissements. Le nombre est grand des cas dans lesquels des hystériques des deux sexes ont cherché et réussi plus d'une fois à tromper les médecins de cette manière.

(1) Voir les précédents articles sur l'hystérie viscérale.

III

Lorsqu'on arrive auprès d'un malade qui a présenté ou présente des vomissements, l'existence ou l'absence de la *fièvre*, est le premier fait qu'on ait à rechercher lorsqu'on a examiné les vomissements ou qu'on en a écouté la description; car il y a là évidemment un moyen d'éliminer toute une catégorie de maladies.

La *fréquence* ou la production accidentelle du symptôme est ensuite le caractère qui permet une nouvelle élimination.

Une très grande quantité de maladies fébriles générales ou locales débutent par le vomissement, dans l'enfance particulièrement. Parmi les fièvres éruptives, c'est la variole qui les produit, sans conteste, le plus souvent, si bien que, vomissements accompagnés de violentes douleurs de reins et de fièvre éveillent de suite cette idée. (Vomissement, douleur de reins, sans fièvre, font passer à une colique néphrétique).

Parmi les maladies inflammatoires aiguës, la pneumonie et la péritonite sont celles qui déterminent le plus souvent le vomissement à leur début. Pour ce qui est de la première, chez les vieillards, elle est parfois le seul signe appréciable tout d'abord et constitue, en tout cas, un élément capital du diagnostic. Que de fois, en l'absence de signes d'auscultation suffisamment nets, les médecins des hospices de vieillards portent le diagnostic de pneumonie, quand une fièvre s'est déclarée subitement après un vomissement, et que la langue est sèche.

Si nous passons en revue les principaux appareils de l'organisme, en cherchant les caractères particuliers que leurs maladies peuvent imprimer aux vomissements, nous pouvons relever certains faits consacrés par l'expérience clinique, bien que l'explication n'en soit pas toujours aisée.

Parmi les maladies de l'estomac, l'indigestion détermine des vomissements alimentaires qui sont manifestement critiques et curateurs; un soulagement immédiat les suit. L'embarras gastrique ne s'accompagne guère de vomissements; la nausée seule existe. Ils sont, au contraire, fréquents dans les gastrites, plus ou moins douloureux, suivant les formes gastralgiques ou atoniques. Dans la dilatation de l'estomac, ils se produisent parfois bien des heures après l'ingestion des aliments. A la première période du cancer, ils sont, on l'a dit, électifs, c'est-à-dire que certains aliments sont digérés facilement, certains autres rejetés constamment.

Dans les maladies de l'intestin, ils sont plus souvent d'origine réflexe que mécanique; hormis les cas où une obstruction intestinale (iléus volvulus, hernie), constituent un obstacle au cheminement des matières alimentaires, détermine des mouvements antipéristaltiques qui font refluer dans l'estomac, il s'agit d'une irritation des filets nerveux contenus dans la muqueuse qui provoque, après réflexion sur les centres nerveux, l'acte du vomissement. Il suffit, on le sait, d'un simple pincement de l'intestin. Dans l'entérite aiguë des enfants, le vomissement est parfois aussi abondant que la diarrhée.

Nous rappelons l'importance de la succession des vomissements alimentaires, bilieux, muqueux et enfin fécaloïdes dans les cas d'occlusion intestinale.

Dans les maladies du péritoine, les inflammations aiguës s'accompagnent toujours de vomissements, qui sont le plus habituellement bilieux et porracés et coïncident avec le ballonnement du ventre, la sensibilité exquise à la pression et la constipation. Il faut faire une exception pour certaines formes de péritonite puerpérale, où, par suite de la sidération du système nerveux sans doute, les réactions réflexes semblent abolies; dans de tels cas, on peut trouver à l'autopsie le péritoine plein de pus, alors que, pendant la maladie, les vomissements avaient été rares, la douleur nulle, et que la diarrhée remplaçait la constipation. Les péritonites partielles déterminent des vomissements moins abondants et moins fréquents (pelvipéritonite, périmétrite). Quant à la péritonite chronique, les vomissements y sont assez rares; ils se montrent en cas de poussées subaiguës pendant l'évolution, ou comme conséquence des troubles digestifs.

On voit des vomissements dans les maladies du foie quand il y a coexistence de périhépatite. Mais la *colique hépatique* à elle seule détermine parmi des symptômes les plus précoces un rejet de matières alimentaires et bilieuses. La même chose doit être dite de la *colique néphrétique* ou vertu d'un phénomène réflexe analogue au début; en cas d'oblitération prolongée des uretères par des calculs enclavés, les vomissements pourront être au bout de quelques jours des signes d'empoisonnement urineux. Le vomissement s'observe au début de la néphrite aiguë. C'est un symptôme qu'il ne faut pas oublier dans le cours de toutes les affections de l'appareil urinaire.

Parmi les *maladies de l'utérus* et de ses annexes, celles qui s'accompagnent d'irritation du péritoine, déterminent des vomissements, cela est naturel. Mais il est à peu près certain que, en l'absence de toute participation de la séreuse à l'état morbide, des vomissements fréquents et parfois incoercibles peuvent se montrer dans la métrite parenchymateuse et dans les déviations utérines.

Quant aux vomissements de la *grossesse*, chacun sait quelle est leur conséquence et souvent leur gravité. Apparaissant quelquefois dès le début de la gestation, persistant habituellement jusqu'au troisième mois, ils diminuent ensuite et disparaissent d'ordinaire pendant le quatrième. Ils se produisent le matin et surtout à jeun, consistant en matières liquides plus ou moins glaireuses. Mais là où commence l'état alarmant, c'est lorsque les aliments sont rejetés après chaque repas, et que les vomissements incessants entravant la nutrition, menacent la vie de la mère et de l'enfant et peuvent déterminer l'avortement. Cette dernière hypothèse est parfois la seule issue favorable, si bien qu'on se voit, dans quelques cas, obligé d'imiter l'exemple de la nature et de provoquer l'accouchement prématuré.

Parmi les maladies chroniques de l'*appareil respiratoire*, il en est deux qui s'accompagnent surtout de vomissements, la *coqueluche* et la tuberculose pulmonaire. Les vomissements font partie intégrante du syndrome clinique de la coqueluche; leur constance et le rejet des matières filantes et visqueuses à la fin des quintes sont les caractères qui distinguent la coqueluche légitime des diverses toux coqueluchoïdes. Mais ils deviennent une véritable complication quand ils entravent absolument l'alimentation et quand le sujet est très jeune; le meilleur moyen qu'on ait encore à sa disposition est de faire prendre aux coqueluchons de petites quantités d'aliments à la fois et de les réalimenter, aussitôt que le vomissement s'est produit. Dans la *phthisie*, il y a deux sortes de vomissements; les uns apparaissent au début, — Bourdon en a fait ressortir l'importance. — Ils tiennent alors à un état dyspeptique; à une période plus avancée, quand la toux est incessante, le rejet des aliments est un phénomène mécanique (*toux émétisante*, de Pidoux); on a invoqué aussi la compression du pneumogastrique dans quelque cas, par suite d'engorgements ganglionaires du médiastin et du cou (1).

Je terminerai cette revue rapide en parlant des vomissements que déterminent certaines maladies du système nerveux. Les méningites, les tumeurs cérébrales produisent des vomissements fréquents sans nausées, sans efforts, *en fusées*, si caractéristiques, qu'on a pu les appeler vomissements cérébraux. La *migraine* est remarquable par le rôle souvent critique et presque curateur des vomissements qui terminent l'accès douloureux. Les hystériques présentent, comme je l'ai dit dans un précédent article, des vomissements de plusieurs ordres. Le vomissement du mal de mer paraît être essentiellement d'origine cérébrale.

N'omettons pas les substances médicamenteuses qui provoquent les vomissements par l'accumulation des doses (*digitale*) ou par une intolérance individuelle (*opium, chloroforme* en inhalations).

IV

Et maintenant que faire contre les vomissements?

Il est de toute évidence qu'il est le plus souvent indiqué de négliger le symptôme en lui-même et de donner tous ses soins à la cause : ainsi dans le chloéra, la variole, l'étranglement herniaire, etc.

Dans les affections de l'estomac, le rôle principal est dévolu à la diététique.

Recommandez, dit Dujardin-Beaumetz, l'emploi d'un mélange de lait, de glace et d'eau de seltz, que vous ferez prendre avec une pipette, soit de paille, soit de verre, pipette qui empêche l'action irritante locale déterminée par le morceau de glace sur les lèvres.

La classique potion de Rivière est certainement un excellent palliatif dans certains cas. Les médicaments qui peuvent atténuer l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique, et faire cesser les spasmes

(1) Varda. Des vomissements chez les phthisiques. Thèse de Paris, 1876.

de l'estomac, en modérant en même temps l'innervation partie des centres nerveux sont les préparations opiacées et belladonées, les bromures, le chloral.

M. Chéron (1) a eu à se louer d'unir les avantages de la potion effervescente de Rivière à ceux du bromure. Il conseille de prescrire les deux potions suivantes :

N° 1. Bicarbonate de potasse......	5	grammes.
Eau commune....................	60	—
Bromure de potassium............	2	—
N° 2. Acide citrique.............	4	—
Eau commune....................	120	—
Sirop de sucre..................	40	—

Il faut mélanger dans un verre une cuillerée à café du N° 1, et une cuillerée à bouche du N° 2, agiter et boire aussitôt. Toutes les demi-heures ou toutes les heures la même dose est absorbée.

M. Vidal a grande confiance dans l'emploi des lavements contenant chacun un gramme de chloral et un verre d'infusion de feuilles d'oranger. Deux sont pris par jour, une demi-heure avant les repas.

M. G. Sée combat les vomissements de la grossesse par les alcooliques, un verre à liqueur d'eau-de-vie ou de kirsch avant le repas ; il y joint l'usage du bromure de potassium aux doses longtemps continuées de trois et quatre grammes par jour : L'enfant n'a point à souffrir, paraît-il, de ce moyen, bien que l'absorption soit certaine chez lui ; on a vu naître en effet un enfant dans un cas semblable avec une acné bromurique, qui disparut en quatre jours.

M. Pinard (2) a guéri des vomissements incoercibles par les inhalations d'oxygène en trois jours ; dix, douze et quinze litres de ce gaz furent absorbés successivement.

G. de Mussy conseille contre les vomissements persistants l'emplâtre suivant:

Emplâtre de diachylon.............	2	parties
— de thériaque.............	2	—
Extrait de belladone................	1	—

Les révulsifs au creux épigastrique, sinapismes, vésicatoires, pulvérisations d'éther, pointes de feu.

Lasègue recommandait l'emploi de la teinture d'iode (5 à 10 gouttes dans de l'eau sucrée).

Dans d'autres cas, on réussira par l'hydrothérapie chez les névropathes, par les calmants de la toux chez les phthisiques, par le café noir dans la coqueluche, par le lavage de l'estomac, comme nous l'avons dit déjà. Mais le point capital, c'est d'essayer méthodiquement et successivement, sans se décourager, toute la série des médications indiquées. Il est bien rare qu'on n'arrive pas à un résultat satisfaisant dans la plupart des cas.

PAUL GERNE.

(1) Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1881.

(2) Annales de gynécologie, 1880.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE DES INDIGENTS.

Monsieur le Directeur,

Je m'empresse de vous remercier des bons conseils que vous avez bien voulu me donner et vous assure que je m'y conformerai ponctuellement.

Deux médecins détiennent plus particulièrement la bonne clientèle, grâce à la réputation qu'ils ont acquise : je m'adresserai à eux, et, en même temps que je chercherai à les gagner à la cause commune, je leur proposerai de se mettre à la tête de l'œuvre. Je ne sais si mes efforts seront couronnés de succès, mais, dans tous les cas, je ne veux rien négliger pour arriver à un résultat favorable. La création d'un syndicat serait ici chose d'autant plus utile que, grâce à la désunion absolue du corps médical, ses intérêts sont notablement compromis. Croiriez-vous que *jamais* les consultations de cabinet n'ont été payées, et Dieu sait, cependant, si les clients affluent ! Il existe ici une certaine classe, fort nombreuse d'ailleurs, de la population, qui n'a jamais eu l'idée que les médecins pussent *refuser* de donner des consultations ou les faire payer. N'y aurait-il donc pas moyen de ramener ces braves gens à une appréciation plus conforme à la saine raison ?

Mais, je veux laisser cela de côté, et réserver pour plus tard la question des honoraires.

Je vous serai bien obligé de me fournir les renseignements qui pourraient être de nature à faciliter mon entreprise, et de m'envoyer notamment les formules imprimées que je pourrai distribuer à mes confrères.

Il est bien entendu, d'ailleurs, que si le succès couronne mes efforts, tout l'honneur vous en reviendra, car c'est dans les colonnes de votre excellent journal que j'ai puisé l'inspiration qui me guide.

Permettez-moi encore, Monsieur le Directeur, d'avoir recours à vos excellents conseils pour une question que vous avez fréquemment étudiée et qui se trouve actuellement à l'ordre du jour dans notre résidence. Il s'agit du service de la *médecine des indigents*. Ce service est ainsi constitué. La ville a voté 6,000 fr. pour le service médical et 8,000 fr. pour le service pharmaceutique. Les indigents inscrits, (et on en inscrit je crois trop facilement), ont le choix du médecin et du pharmacien. Les pharmaciens ont consenti à faire une réduction à la ville qui leur paye intégralement le montant des prescriptions exécutées. Quant aux médecins, ils sont payés au prorata du nombre de visites, sur le fond de 6,000 fr., ce qui réduit habituellement la visite

à 0 fr. 40 ou 0 fr. 50. Il est vrai que, neuf fois sur dix, ces visites sont de simples consultations de cabinet. Mais, et voici où est le mal, quelques-uns de nos confrères, non seulement ne les laissent jamais partir sans une prescription, mais vont même, comme j'en ai vu un exemple, jusqu'à faire sur la même ordonnance dix ou douze prescriptions, de quoi monter une pharmacie. Il va sans dire que les spécialités sont largement distribuées : aussi le chiffre de 8,000 fr. monte-t-il à 20,000 fr., et plus, qui sont d'ailleurs payés intégralement aux pharmaciens.

La municipalité, justement préoccupée de cet état de chose, cherche un moyen d'y remédier :

Elle a songé à revenir au système, autrefois en vigueur, qui consiste à nommer quatre médecins pour le service des indigents et à partager entre eux la somme allouée.

Je pense qu'on pourrait nommer une commission de médecins et de pharmaciens, pour rédiger une liste des médicaments à délivrer aux indigents. La municipalité devrait réviser la liste des indigents qui ne sont certainement pas tous nécessiteux actuellement.

Tel est, Monsieur le Directeur, l'état de la question; je vous serais infiniment obligé de me faire part à ce sujet de votre opinion et de vos conseils.

Recevez, etc. D[r] X.

Toutes ces difficultés se résoudront d'une façon normale et certaine par la *Constitution d'un Syndicat*. — La municipalité pourra élever la rétribution médicale et la mettre en rapport avec le nombre des indigents inscrits sur sa liste. Les médecins seront admis par elle à contribuer à cette rédaction, dans la personne de leur délégué. Elle pourra leur demander la liste des médicaments à l'usage des indigents et spécifier les cas où les remèdes spéciaux pourront être délivrés. Les pharmaciens de la ville seront consultés avec profit à ce sujet. De cette entente réciproque, résulteront une notable économie et des honoraires acceptables. Mais, dans tous les cas, il importe de laisser le malade indigent libre de déclarer, au début de l'année, quel est le médecin de son choix. Ne revenez pas à la funeste habitude de l'abonnement qui enlève toute indépendance.

II

MÉDECINE ET PHARMACIE.

Très honoré Directeur,

Dans une lettre insérée dans le n° du 15 juillet 1882, — je remercie M. le D[r] Geoffroy d'avoir bien voulu la citer d'une manière spéciale dans son rapport à l'Assemblée générale des membres du *Concours médical* du 17 septembre dernier, — je démontrais, en réponse à une question posée par M. le D[r] Lick de Maisons-Laffitte, que :

« Le médecin étant le plus souvent désarmé « contre l'hostilité, l'incapacité, les produits « défectueux et les erreurs de quelques pharma- « ciens, et étant le plus souvent exposé à être « responsable, *sans aucune sauvegarde*, des gra- « ves conséquences qui peuvent en résulter pour « lui-même et pour ses clients, il était de son « droit, et surtout de son devoir, de présider au « choix du pharmacien chargé de *préparer* ses « formules ou même de *fournir* simplement les « médicaments prescrits. »

Afin de corroborer, s'il en était besoin, les arguments que je faisais valoir pour mettre hors de doute la légitimité de cette proposition élémentaire, j'exposais le fait suivant, survenu récemment dans ma pratique professionnelle.

Un prêtre d'une communauté voisine, client *nouveau*, eût été, PAR LE FAIT DU PHARMACIEN, empoisonné, s'il n'eût été intelligent, et moi-même j'eusse été exposé à perdre la clientèle de la communauté, et celle de toute la contrée, à passer pour un ignorant et un empoisonneur et, par conséquent, à perdre ma situation médicale, sans compter les poursuites que le parquet eût pu exercer contre moi.

J'étais loin de penser qu'à quelques mois de dis ance j'aurais à constater un fait plus grave encore de la part d'un pharmacien. Je le livre sans commentaires aux méditations de mes confrère du *Concours*.

Le 9 mars dernier, consulté par M. X., je lui prescrivis, entre autres moyens : 50 granules *d'arséniate de soude* à 1 milligr. à prendre trois par jour. Le 12 mars, appelé auprès de ce client, je remarquai, tout en l'examinant, sur sa table de nuit, un étui en carton renfermant un flacon qu'il me dit lui avoir été remis par son pharmacien, d'après mon ordonnance. Tout en exprimant ma surprise qu'un pharmacien se permît de délivrer un flacon entier au lieu de cinquante granules prescrits, et surtout qu'en dehors de toute désignation de marque spéciale, il n'eut pas préparé lui-même ma prescription, quelle ne fut pas mon émotion en lisant sur l'étui: Granules de *sulfate d'atropine* à 1 milligr. Craignant d'avoir commis une erreur dans le libellé de mon ordonnance, je me précipitai dans l'officine du pharmacien qui était voisine et me fis représenter mon ordonnance; j'avais bien prescrit cinquante granules *d'arséniate de soude* à 1 milligr.

Rassuré au point de vue de ma responsabilité personnelle, je revins en toute hâte auprès de mon malade, non sans éprouver des craintes sérieuses sur les conséquences de cette *erreur* du pharmacien. Surpris de mon émotion et de l'importance que j'attachais à mes questions, mon client me dit que, par suite de circonstances particulières, il n'avait commencé l'usage des granules que le 10 mars au soir, que le 11 au lieu de trois il en avait pris quatre (étant habitué depuis longtemps à la médication arsénicale) et qu'il n'en avait pas pris le matin du jour de ma visite (12 mars); en un mot, en vingt heures, il avait absorbé 5 *milligrammes de sulfate d'atropine*, ou plutôt cinq granules à un milligr. Il n'avait eu ni sécheresse de la gorge, ni dysphagie, ni nausées, ni vertiges, ni syncopes, ni délire, ni hallucina-

tions ; enfin, il n'avait éprouvé aucun trouble de la vue et je m'assurai que la pupille n'était pas dilatée d'une manière anormale. Je tombais de stupéfaction en stupéfaction. Le malade avait eu seulement grand soif et de la fièvre la veille, et, s'il m'appelait, c'est qu'une de ses pustules d'ecthyma s'était ulcérée, entourée d'une large induration inflammatoire, qu'il souffrait beaucoup.... et il ne comprenait rien à mon air effaré.

Je fus obligé de me rendre à l'éviden ce ; heureusement pour mon client, les granules mis en usage (cinq milligr. en vingt heures!) n'avaient produit aucune action. Est-ce en vertu d'une *idiosyncrasie* particulière au malade; est-ce parce que ces granules ne contenaient pas d'atropine? C'est un point, monsieur le Directeur, que je laisse dans l'intérêt du public et des médecins, à l'appréciation du *Comité d'étude des annonces du Concours*.

Sans affaiblir la gravité de ces faits en les faisant suivre des réflexions et des commentaires qu'ils comportent, je dirai qu'ils prouvent une fois de plus que l'organisation actuelle de la pharmacie est une plaie sociale de premier ordre, indépendamment des dangers auxquels est exposés à chaque instant le public ; le médecin, relativement à l'exécution de l'ordonnance, les frais exagérés qu'occasionne au client l'achat des médicaments, l'impureté si fréquente de ceux-ci, les méfaits commis journellement dans les officines par suite de l'exercice illégal de la médecine ou par suite d'erreur, doivent appeler sérieusement l'attention du corps médical et surtout du législateur sur cette question.

Le *Concours* l'a mise à l'étude depuis longtemps et a reproduit les vues très intéressantes de M. les docteurs Gassot, Lachize, Le Menant, etc.

Voudriez-vous me permettre, dans une prochaine lettre, de l'étudier à mon tour et de faire part à nos confrères d'idées que je professe depuis longtemps et qui, si elles étaient acceptées par l'Etat, détruiraient radicalement cette plaie sociale: *le libre exercice de la pharmacie* sans autre garantie que le diplôme, trop souvent de 2e classe, et une inspection annuelle absolument insuffisante.

Veuillez agréer,

Dr X...

III

ENSEIGNEMENT PRIMAIRE OBLIGATOIRE.

CERTIFICATS DE MALADIE.

Exemption de timbre.

Aux termes de l'article 10 de la loi du 28 mars 1882 sur l'enseignement primaire obligatoire, lorsqu'un enfant manque momentaném nt l'école, les parents ou les personnes responsables doivent, faire connaître au directeur ou à la directrice les motifs de son absence. Un relevé des absences, avec l'indication des motifs invoqués, est adressé, à la fin de chaque mois, au maire et à l'inspecteur primaire. Ces motifs sont soumis à la commission scolaire ; la maladie de l'enfant est au nombre de ceux que la loi répute légitimes (même article).

Le Ministre de l'instruction publique a posé la question de savoir si les certificats délivrés par les médecins pour justifier, conformément aux prescriptions de la loi du 28 mars 1883, *l'absence des écoles des enfants malades, sont passibles du timbre*.

Il a été décidé par le ministre des Finances, le 23 janvier 1883 que *les certificats* et *autres pièces* à produire pour l'exécution de la loi précitée, qui touche à un intérêt public de premier ordre, rentrent dans la catégorie des *actes exemptés du timbre*, par l'article 19 de la loi du 13 brumaire au VII. Seulement, il est nécessaire que ces documents contiennent une *mention indiquant leur destination*.

Le conseiller d'État, directeur général de l'engistrement, des domaines et du timbre,
Signé : LECLER.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Observation de bothriocéphales Paris.

Le bothriocéphale est tellement rare à Paris qu'on lira avec plaisir la double communication que viennent de faire MM. Tenneson et Duguet à la *Société médicale des Hôpitaux*.

Dans le courant du mois de janvier, M. *Tenneson* fut consulté par un jeune homme qui lui présenta un long fragment de ver qu'il avait rendu. Le diagnostic, dit notre confrère, est facile à la simple inspection de quelques anneaux. On sait que le bothriocéphale est le seul de nos vers rubanés qui ait les pores génitaux médians. Ils se présentent ici sous forme de points grisâtres, très apparents à l'œil nu. Ces points sont distincts les uns des autres, là où les anneaux ont une certaine longueur. Plus près de la tête, les anneaux sont tellement courts, que les points gris forment une ligne continue en apparence.

Pour faire le diagnostic, il suffit d'examiner au microscope une parcelle de matières fécales: on y trouve toujours des œufs. M. Laboulbène a insisté sur ce fait clinique intéressant, que j'ai vérifié pendant plusieurs jours avec mes élèves. On a peine à imaginer la quantité d'œufs que contient l'intestin d'un homme atteint de bothriocéphale, puisqu'une parcelle de matières fécales, prise au hasard dans une selle quelconque, contient toujours des œufs. Sur les préparations fraîches, ils sont régulièrement elliptiques et limités par un double contour.

Notre malade avait habité plusieurs années les bords des lacs de Genève, de Lausanne, de Bienne. C'est là, sans doute, qu'il avait contracté ces parasites, lesquels causaient chez lui, depuis quatre ans, des troubles digestifs et des troubles nerveux (vertige, céphalalgie).

La pelletiérine, si efficace contre le tænia

inerme, échoua chez ce malade. La tête du ver ne fut pas rendue. Un mois plus tard, nouvel échec de la pelletiérine. Cette fois, furent rendus des fragments de strobile qui ne pouvaient se raccorder et nous firent connaître que le malade portait trois bothriocéphales. Après quelques jours de repos, j'eus recours à la fougère mâle. Je prescrivis :

Poudre de fougère mâle, ...
— extrait éthéré de fougère mâle..... âã 8 gr.
Poudre inerte.......................... q. s.

Pour un électuaire mou, que le malade prit par bols, le matin à jeun, dans l'espace d'une demi-heure à trois quarts d'heure ; 30 grammes d'huile de ricin avaient été administrés une demi-heure avant le vermifuge.

Une heure après, les trois bothriocéphales ont été rendus en bloc avec leur tête. Dès le lendemain, les selles ne contenaient plus d'œufs.

Il est de règle en thérapeutique, lorsqu'un tænifuge a échoué, d'attendre, pour en administrer un autre, que le malade rende spontanément de nouveaux fragments de ver. Sur quoi repose cette règle, incompréhensible en théorie? Je m'en suis écarté dans le cas actuel et j'ai réussi. J'en conclus seulement que cette règle doit être soumise de nouveau à l'épreuve des faits.

M. *Duguet* a observé dernièrement lui aussi un cas de bothriocéphale. Il y trois semaines, raconte ce médecin, j'étais appelé le soir pour une jeune femme du quartier de la Madeleine, en proie à des *tremblements nerveux* bizarres, avec *cardialgie* et sentiment de *défaillance*. Cette malade, âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis onze mois seulement à un marchand de comestibles, toujours bien réglée, d'aspect florissant, me raconta que depuis bientôt deux ans elle éprouvait de temps en temps, principalement le *soir* et quelquefois au milieu de la *nuit*, des soubresauts, des *tremblements*, des *douleurs de ventre* avec *ballonnement*, des *évanouissements* qui l'effrayaient beaucoup et qu'elle ne savait à quoi attribuer.

Ma première pensée fut de croire à des accidents hystériques, d'autant plus que cette personne était venue me consulter, il y a deux ans, pour des palpitations qu'elle attribuait à une maladie de cœur et que j'avais considérées, en raison de la netteté des bruits et des battements de cœur, comme se rattachant purement et simplement à un état nerveux ; mais le mariage n'avait pas modifié ces différents accidents, et elle ne présentait ni boule, ni points anesthésiques ou hyperesthésiques, rien en un mot qui pût caractériser l'état hystérique ; la pressant de questions au sujet des fonctions digestives et intestinales, elle m'accusa une grande irrégularité dans ses garde-robes, et me parla d'un *long ruban plat* qu'elle avait rendu dernièrement en allant à la garde-robe, ruban qu'il avait fallu couper et dont une portion (un mètre environ) avait été perdue, l'autre ayant été conservée dans l'esprit-de-vin.

A a vue de ce dernier fragment, plus long que celui ui avait été perdu, je dis à la malade qu'elle avait dû habiter Genève, ce qui la surprit beaucoup. « C'est vrai, me dit-elle, j'ai habité Genève « pendant quinze jours, il y a deux ans, et pen- « dant un mois, il y a quatre ans ; mais pourquoi « cette question? » — « Parce que, lui ai-je ré- « pondu, vous avez le ver solitaire que nous ne « rencontrons pas habituellement chez nous, et « qui est au contraire très commun dans certains « pays, en particulier à Genève. »

En effet, les anneaux, très rapprochés, larges, présentaient une partie *médiane* légèrement saillante, très brune et même noire, formée par les organes génitaux, ce qui donnait à ce ver rubané l'aspect d'une longue gousse de légumineuse avec ses fruits noirâtres. C'étaient bien les caractères objectifs du bothriocéphale; la malade d'ailleurs n'avait jamais ressenti de prurit au nez, à la gorge ou à l'anus ; jamais non plus elle n'avait rendu de *cucurbitins*.

Incontestablement, il ne s'agissait point chez elle d'accidents hystériques, mais de phénomènes nerveux se reliant à la présence du bothriocéphale. Je songeai à l'en débarrasser, et pour cela, sur le conseil de mon ami et collègue d'hôpital, M. C. Paul, j'employai des pilules faites avec l'extrait éthéré des pousses fraîches du rhizôme de la fougère mâle. — Ces pilules, il est vrai, n'étaient pas absolument fraîches. —

Le jour où le remède dut être administré, la malade mangea peu et ne prit, le soir, qu'un peu de lait ; à dix heures dans la soirée, elle avala très facilement, et sans dégoût, dix pilules avec de la confiture de framboises : une demi-heure après, elle prit les dix autres, de la même façon, buvant chaque fois, à la suite, un verre d'eau. Le lendemain matin, elle alla à la selle, *le siège baignant*, sur mon conseil, dans un *bain de siège, et* ne se releva que quand elle crut être débarrassée entièrement. Je fis moi-même la recherche de la tête dans les déjections ; il me fut impossible de la trouver ; la quantité du ver rendue, et que je présente à la Société, mesure de 6 à 7 mètres, et je suis bien encore à 1 mètre de la tête.

Il se peut que celle-ci ait passé inaperçue au milieu de la grande quantité de matières rendues; il se peut aussi qu'elle soit restée, ce dont je n'aurai la preuve que dans deux ou trois mois, quand le ver sera redevenu assez long, par l'examen au microscope des matières fécales de la malade. On sait, en effet, que le bothriocéphale pond des quantités innombrables d'œufs ovalaires caractéristiques, qu'il est facile de retrouver dans la plus minime parcelle de matières fècales ; j'ai pu m'en assurer chez cette jeune femme avant de lui administrer l'extrait de fougère mâle; je me promets de faire de nouveau cette recherche dans trois mois, et je pourrai, vers cette époque seulement, être certain que la tête a été oui ou non expulsée. Toujours est-il que, depuis trois semaines, tous les accidents nerveux du soir ont disparu chez notre malade.

Notons enfin que, parmi les fragments rendus en dernier lieu, il s'en trouve dont les anneaux sont *fenêtrés* au centre, ce qui tient, on le sait, non pas à une espèce particulière de tænia, mais à la chute des organes génitaux femelles dans les derniers anneaux du strobile chez le bothriocéphale.

***

Du plâtrage et du déplâtrage des vins.

M. *Rabuteau* expose à la *Société de Biologie* que les expériences nombreuses qu'il a faites lui ont démontré que les vins naturels ne contenaient généralement pas plus de six à huit centigrammes de sulfate de potasse. L'administration autorise cependant les commerçants à vendre du vin contenant (par litre) jusqu'à deux grammes de cette substance. Pour justifier ce chiffre, on prétend que les vins provenant des terrains calcaires, peuvent être chargés de sulfate de potasse. M. Rabuteau s'est assuré, par de nombreuses analyses, qu'il n'en était rien, et d'autres chimistes sont arrivés au même résultat que lui.

Profitant de la tolérance administrative, et sans doute pour donner plus de corps à leur vin, les commerçants ont recours à ce qui s'appelle *le plâtrage des vins*, c'est-à-dire qu ils y ajoutent une certaine quantité de sulfate de chaux, lequel décompose le bitartrate de potasse naturellement contenu dans le vin et le transforme en sulfate de potasse et en tartrate de chaux. Le plâtrage du vin a donc pour premier inconvénient de détruire le bitartrate de potasse, par conséquent, de nuire à la qualité du vin ; mais il en a encore un autre, celui d'introduire dans le vin un excès de sulfate de potasse, et l'on arrive ainsi à avoir des vins contenant cinq et six grammes de sulfate de potasse par litre.

Pour ne pas être exposés à subir une condamnation, les commerçants procèdent à une nouvelle opération qui porte le nom de *déplâtrage des vins*. Elle consiste à ajouter au vin une certaine quantité de chlorure de baryum qui transforme le sulfate de potasse en sulfate de baryte qui se précipite et se change en chlorure de potassium qui reste dissous. M. Rabuteau a bu du vin contenant une certaine quantité de ce sel (trois à quatre grammes), et s'est assuré qu'il était absorbé et s'éliminait par les urines. A petites doses et pris d'une façon passagère, ce sel ne détermine pas l'effet purgatif; il se borne à augmenter le chi.re de l 'urée et à ralentir le pouls, ce qui l'avait fait autrefois considérer comme fébrifuge (sel de Sylviu)s. Mais lorsqu'on fait un usage habituel de ce vin chargé de chlorure de potassium, on ne tarde pas à voir survenir de la diarrhée, du ralentissement du pouls, de l'affaiblissement général et, même, de véritables accidents toxiques.

M. *Grimaux* ajoute qu'il y a eu, à Bordeaux, plusieurs cas d'empoisonnement produits par le chlorure de potassium introduit de la sorte dans certains vins, et que les commerçants ont été condamnés.

M. *Laborde* rappelle, à ce sujet, que le dernier volume, publié par le laboratoire municipal de Paris, contient un rapport des chimistes constatant qu'ils n'ont osé publier l'analyse d'un certain nombre d'échantillons de vin, parce qu'ils contenaient un épouvantable mélange de substances toxiques !

***

Un moyen de diminuer les dangers du chloroforme.

*M. Dastre*s, en son nom et au nom de M. Morat, a fait à la même société une communication relative à un moyen de diminuer les dangers du chloroforme : ce moyen, qui a été employé depuis par M. Aubert, chirurgien à Lyon, consiste à faire, vingt minutes avant l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther, sur le sujet qui doit être opéré ou sur l'animal en expérience, une injection sous-cutanée d'un mélange de chlorhydrate de morphine et de sulfate d'atropine; l'anesthésie, grâce à ce moyen, devient beaucoup plus rapide, bien moins dangereuse et beaucoup plus calme. Voici la formule de la solution employée à Lyon :

Chlorhydrate de morphine. .	10 centigr.
Sulfate neutre d'atropine . . .	5 milligr.
Eau distillée	10 grammes

Injectez 12 à 15 milligrammes de chlorhydrate de morphine et 6 à 7 dixièmes de milligrame de sulfate d'atropine.

FORMULES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la coqueluche. — Préparation de Drosera.

D'après M. Pierre Vigier, beaucoup de praticiens ont eu à se louer de l'emploi de l'alcoolure de *Drosera* dans la coqueluche. Il est persuadé qu'ils auraient obtenu des résultats plus décisifs encore s'ils l'avaient administrée à doses plus élevée.

Voici les doses auxquelles elle doit être prescrite :

Pour un enfant de un à deux ans, 20 gouttes trois fois par jour dans un peu d'eau sucrée, ce qui fait, en tout, 2 grammes. — On sait que les alcoolatures et les teintures à 60 degrés centésimaux donnent 30 gouttes au gramme, l'eau en donnant 20. —

Pour les enfants de 2 à 4 ans, une cuillerée à café par jour.

Pour les âges supérieurs, deux, trois et quatre cuillerées à café par jour.

Quand l'alcoolure de *Drosera* ne réussit pas à ces doses-là, elle ne réussit pas davantage à doses plus fortes. Il existe en pharmacie une autre préparation de *Drosera* d'un usage fréquent ; ce sont les pilules d'extrait alcoolique à 0,05, que l'on prescrit à la dose de quatre à six par jour. Elles sont habituellement réservées aux adultes. (*Gaz. hebdomadaire*).

Les doses indiquées par M. Vigier nous semblent un peu élevées. Il est vrai que M. Dujardin-Beaumetz a démontré à la Société de thérapeutique que le Drosera n'était pas toxique ; néanmoins, ce médecin l'emploie à la dose de 10 à

60 gouttes seulement par jour, quand il n'obtient pas d'effet avec cette dose, il a recours aux Bromures associés au chloral. J. G.

Préparation de cochenille.

Plusieurs médecins emploient utilement la cochenille contre la coqueluche ; voici une formule de potion qui donne généralement de bons résultats :

Cochenille en poudre........ 1 gramme.
Carbonate de potasse....... 0,90 centigr.
Eau bouillante............... 90 grammes.

Lorsque le mélange est refroidi, on filtre et on ajoute :

Eau de fleur d'oranger...... 20 grammes.
Sirop de sucre............... 50 grammes.

Aux enfants au-dessous de deux ans, deux à trois cuillerées à café par jour ; au-dessus de cet âge, on élève cette dose successivement jusqu'à quatre cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA GIRONDE.

Les délégués des différents syndicats médicaux qui existent actuellement dans la Gironde étaient réunis, le 4 courant, pour examiner et discuter un projet de règlement de syndicat départemental. Ils ont institué une véritable fédération en vue de soutenir les intérêts du corps médical si constamment méconnus. Unis dans les sentiments de solidarité confraternelle, ils ont la conviction que leurs efforts ne seront point stériles et que leur exemple ne sera pas perdu.

D'autres syndicats se grouperont également, et leur action collective permettra de réaliser des améliorations qu'on a vainement souhaitées dans l'état d'isolement où, malheureusement, nous avons toujours vécu vis-à-vis les uns des autres. Tantôt par des flatteries, tantôt par les manœuvres les plus perfides, le public, comme les administrations, nous ont fait perdre de vue nos vrais intérêts et nous ont soumis à une indigne exploitation. Ce temps sera bientôt passé, nous l'espérons, et, grâce aux syndicats, le corps médical régénéré occupera, dans la société, le rang auquel lui donnent droit les connaissances supérieures qu'il possède et les services qu'il rend.

Dès sa création et malgré le temps qui est bien court, le syndicat de la Gironde a voulu préparer, pour les soumettre au Conseil général, à la session du mois d'août, des travaux d'une utilité incontestable. Il a mis à l'ordre du jour des syndicats locaux les questions suivantes : 1° *Médecine des Enfants-assistés.* — 2° *Inspection des enfants en nourrice. Loi Roussel.* — 3° *Inspection médicale des écoles.* — 4° *Rapport des médecins avec les parquets.*

Les syndicats devront se réunir d'urgence pour examiner ces différentes questions dont les éléments de solution se trouvent dans le *Concours*. De son côté, le syndicat départemental aura à prendre une détermination dans la séance qui est, dès maintenant, fixée au jeudi, 5 juillet prochain et à laquelle nous convions tous ceux de nos confrères syndiqués qui s'intéressent à l'avenir professionnel. La réunion aura lieu dans un des salons de l'hôtel Bontoux, rue Porte-Dijeaux.

Conformément à l'article V des statuts adoptés, on a tiré au sort l'ordre dans lequel les syndicats devront fournir le Président. Le syndicat de Lesparre est sorti premier; puis est venu celui de La Réole; puis celui de Coutras et enfin celui de l'arrondissement de Bordeaux. C'est donc l'honorable M. Rafaillac qui sera, pour cette année, notre *Président définitif*, après avoir été, par droit d'aînesse, notre Président provisoire.

Les autres membres du Bureau seront nommés dès le début de la séance du 5 juillet. En attendant, M. le Dr Barat-Dulaurier a été invité à remplir les fonctions de *Secrétaire provisoire*.

Le Secrétaire provisoire.
Dr Ad. Barat-Dulaurier.
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

Statuts du syndicat médical du département de la Gironde adoptés dans la réunion tenue à Bordeaux, par les délégués des syndicats locaux, le 4 juin 1883.

Art. Ier. — Le syndicat médical du département de la Gironde est formé par la fédération des syndicats existants dans le département.

Art. II. — Peuvent également en faire partie les médecins qui, habitant une région de la Gironde où il n'existe pas de syndicat, auront été admis en Assemblée générale et auront adhéré au présent règlement.

Toute demande d'admission devra parvenir au Président au moins un mois avant la réunion dans laquelle il pourra y être donné suite. Le Bureau décidera de l'opportunité de la présentation et l'admission sera prononcée, en Assemblée générale, à la majorité absolue.

Art. III. — Chaque syndicat conservera et modifiera, selon les besoins, les articles de son règlement propre, qui ne sont pas contraires aux présents statuts.

Art. IV. — Le syndicat départemental est représenté par un comité formé de tous les membres des Bureaux des syndicats créés.

Le comité syndical nomme, chaque année, un Bureau composé de :
Un président ;
Deux vice-présidents ;
Un secrétaire, un trésorier ;
Un syndic-rapporteur par syndicat.

En outre, les médecins non groupés en syndicats et adhérents aux statuts, seront représentés au comité par un délégué choisi par eux pour chaque série de dix membres.

Le vice-président pourra, au besoin, remplir les fonctions de rapporteur.

Art. V. — Les fonctions des membres du Bureau sont renouvelables. Toutefois, le président devra être choisi, chaque année, alternativement, dans chacun des syndicats, en suivant un ordre déterminé par le sort. — Les syndicats locaux qui sont ultérieurement constitués prendront rang, pour la présidence, à la suite du tableau, dans leur ordre de formation.

Art. VI. — Le syndicat départemental a pour but :

1o La moralisation de la profession;

2o La défense de tous les intérêts du corps médical.

A cet effet:

1o Il cherchera à répandre, dans le corps médical, les principes de bonne confraternité, en favorisant et en provoquant la création de petits syndicats locaux;

2o Il offrira son intervention officieuse pour aplanir toutes les difficultés qui pourraient surgir entre confrères;

3o Il entrera en rapport avec les pouvoirs publics pour assurer la juste rémunération des services médicaux;

4o Il étudiera les voies et moyens qui seront les plus propres à supprimer les abus de toute sorte et à améliorer la situation des membres du corps médical;

5o Il concertera son action avec les autres syndicats dont le but est identique.

Art. VII. Les syndicats locaux tiendront, aux mêmes époques, des réunions générales semestrielles dans lesquelles seront étudiées les questions d'intérêt général qui leur seront soumises par le bureau du syndicat départemental. Les vœux exprimés seront transmis, dans le plus bref délai, au secrétariat du syndicat départemental.

Art. VIII. — Le président distribuera, sans retard, aux syndics, les dossiers relatifs aux solutions proposées pour les questions mises à l'étude. Dans la prochaine réunion qui suivra cette distribution, les syndics présenteront leurs rapports dont les conclusions seront discutées en séance. Les résolutions seront prises à la majorité des membres présents.

Art. IX. — Le syndicat départemental tiendra ses réunions dans le mois qui suivra la réception au secrétariat des vœux émis par les syndicats locaux. La présence à ces réunions est obligatoire pour tous les membres du comité syndical. Il recevront convocation par les soins du secrétaire, après entente avec le président. En cas d'absence pour cause légitime, ils pourront se faire représenter par un confrère appartenant au même syndicat.

Art. X. — Tout délégué qui n'assistera pas aux réunions ou ne se fera pas représenter, versera, à la caisse du syndicat départemental, la somme de cinq francs.

Art. XI. Les membres des syndicats locaux et les membres agrégés ne faisant encore partie d'aucun groupe local pourront assister, avec voix consultative, aux réunions qui seront annoncées par la voie de la *Presse médicale*, particulièrement par le *Concours médical*. Il ne sera pas envoyé d'invitation individuelle.

Art. XII. — Des réunions extraordinaires pourront être tenues dans des circonstances graves, sur l'avis du bureau.

Art. XIII. — Toutes convocations devront avoir lieu au moins huit jours avant l'époque de la réunion et faire mention des questions à l'ordre du jour.

Art. XIX. — Il sera fait face aux dépenses diverses par un fonds commun composé:

1o Des dons volontaires qui pourront être faits à la Société;

2o De la part contributive des syndicats constitués;

3o De la cotisation annuelle des adhérents non groupés en syndicats locaux.

4o Du produit des versements effectués en exécution de l'article IX ci-dessus.

Art. XV. — Chaque syndicat versera annuellement, entre les mains du trésorier, la somme de un franc pour chacun de ses membres.

Les membres non groupés en syndicats verseront annuellement la somme de dix francs.

Les contributions du syndicat et les cotisations individuelles, devront chaque année, dans le mois de janvier, être remises entre les mains du secrétaire-trésorier, celui-ci recouvrera, dans le mois suivant, par voie de mandat de paiement postal, et aux frais du sociétaire, les sommes dont la rentrée ne serait pas effectuée.

Art. XVI. — Toutes les dépenses seront soldées par le trésorier, sur le visa du président. Le budget de la société sera présenté dans la réunion du premier semestre.

En cas d'insuffisance des fonds en caisse il sera contribué, par les syndicats et les membres non groupés, dans les proportions énoncées à l'article XV.

Art. XVII. — Les présents statuts pourront être modifiés. — Toute demande de modification devra:

1o Etre revêtue de la signature de cinq membres du comité syndical ou introduite en vertu d'une délibération prise par l'un des syndicats;

2o Indiquer, d'une façon précise, les articles à modifier ou les additions à effectuer.

Art. XVIII. — La dissolution du syndicat départemental ne pourra être prononcée que par une assemblée générale, tenue après convocation faite, quinze jours à l'avance, à tous les médecins syndiqués ou adhérents aux présents statuts et à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. XIX. — En cas de dissolution, les sommes disponibles feront retour à la caisse des retraites de l'Association générale des médecins de France.

BIBLIOGRAPHIE

LIBRAIRIE BROUSSAIS, 4, RUE DUPUYTREN.

Le cahier d'un médecin, par le Dr *C. Dupasquier*, membre du *Concours médical*. Récit humoristique dont il suffit d'indiquer les titres des chapitres : Le Médecin au village. — Dix jours de pratique médicale. — Encore quelques consultations. — Effets de l'imagination. — Maladies morales. — Atavisme. — Les mécomptes de l'amour. — Les éclopés de Vénus. — A propos de l'hystérie. — Les anges de la famille.

LIBRAIRIE ADRIEN DELAHAYE, 5, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

Etude sur le traitement du diabète, précédée de considérations sur la pathogénie et le diagnotic de cette maladie, par le Dr *Souligoux*, médecin consultant à Vichy.

Etude sur la goutte et sur les différents modes de traitement, par le Dr *Souligoux*, médecin consultant à Vichy.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

30 Juin 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 26

SOMMAIRE

BULLETIN

Nous avons indiqué, dans notre précédent Bulletin, les modifications que M. Le Fort proposait d'apporter aux conclusions de la Commission. Le but de l'honorable académicien était d'appeler l'attention de l'Autorité sur l'existence de dépotoirs et dépôts de voirie situés trop près de Paris, ou dans lesquels ne sont pas observées les mesures prescrites pour empêcher leurs émanations d'être nuisibles. La Commission d'abord, l'Académie ensuite ont, sur ces deux points, donné gain de cause à M. Le Fort.

Mais celui-ci avait cru utile d'ajouter aux conclusions de la Commission un article additionnel, dans lequel l'Académie se serait prononcée contre le projet de vidanges qui consiste à verser à l'égout les matières liquides et solides. Tout en condamnant ce mode de vidanges, étant données l'installation actuelle de nos réseaux d'égouts et leur communication nécessaire avec l'atmosphère, tout en reconnaissant aussi les nombreux inconvénients que présentent les fosses fixes, *MM. Rochard, Brouardel et Trélat* ont pensé que l'Académie aurait tort de prendre une décision formelle sur une question qu'elle n'avait pas étudiée, et qui est cependant assez complexe pour diviser d'opinion les ingénieurs et les hygiénistes qui la discutent depuis si longtemps dans les différentes commissions scientifiques.

L'Académie s'est rangée à cet avis très sage, et s'est contentée de la rédaction suivante, que son rapporteur lui a soumise à ce propos :

« Réparer les égouts qui sont en mauvais état, et en assurer le nettoyage par l'augmentation et la meilleure répartition des eaux consacrées à leur lavage, tout en réservant la question du meilleur mode de vidange. »

ÉLECTION. — M. *Ball* est élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

*
* *

Nous n'avions pas jugé à propos d'attirer l'attention de nos lecteurs sur une récente circulaire de M. le Directeur de l'Assistance publique, dans laquelle cet honorable fonctionnaire, déclarant, sans hésiter, que la bière n'est ni un aliment, ni un médicament, décidait que cette boisson ne serait plus délivrée que par prescriptions exceptionnelles et sur bons visés à l'administration centrale ; nous comptions sur l'intelligence et l'esprit pratique de M. Quentin pour arranger les choses à la satisfaction de tous. Contrairement à notre opinion, la *Gazette hebdomadaire* nous apprend que, « pour couper court à toute demi-mesure, l'Administration a refusé péremptoirement de faire honneur aux bons signés par les chefs de service et déclaré que, désormais, elle n'accorderait plus de bière ! »

Point de demi-mesures, entendez-vous bien ! Et d'un trait de plume, sans consulter les médecins qui avaient cependant quelque droit de donner leur avis, sans se soucier des nombreux malades dont le traitement va se trouver ainsi subitement

interrompu, l'*Administration* supprime une boisson alimentaire qui constituait, dans certains cas, un excellent médicament !

Voilà pourtant l'influence funeste que le fonctionnarisme exerce sur les meilleurs esprits !

Après avoir rendu de réels services à l'Assistance publique, le Directeur actuel, en quête sans doute de réformes nouvelles, sinon urgentes, se garde bien d'accomplir celles que tout le monde réclame, pour en introduire une à laquelle personne n'aurait jamais songé,—nous entendons : personne, parmi les médecins.

Le motif de la décision prise par M. Quentin est que, de 1875 à 1883, la consommation annuelle de la bière s'est élevée de 28,695 litres à 151,000 litres. Si cette augmentation est le fait des prescriptions médicales — car, depuis qnelques années, beaucoup de médecins ont reconnu l'utilité de la bière dans le traitement de certaines affections, — il n'y a rien à dire, et nous voudrions bien savoir pourquoi un chef de service n'aurait pas le droit de prescrire, à l'occasion, de la bière, aussi bien que du vin de Bordeaux ou de Bagnols. Que l'on accorde au malade une boisson ou l'autre en supplément, nous ne voyons pas en quoi cela peut émouvoir M. le directeur de l'Assistance publique. Si, au contraire, l'augmentatiou est le le fait des *intermédiaires*, ce qui paraît être la pensée de M. Quentin, puisqu'il prononce le mot d'*abus*, il lui appartient, non de priver les malades d'une boisson précieuse qui est à la fois un médicament et un aliment, — quoi qu'en dise la consultation rédigée et visée à l'Administration centrale, — mais de diminuer le nombre beaucoup trop considérable de ces intermédiaires, en épurant son personnel, et en faisant sortir de l'administration toutes les bouches inutiles..... ou trop altérées.

Nous ne sommes pas, en effet, ennemi des économies, des économies intelligentes, bien entendu; et le jour où M. le directeur de l'Assistance publique procédera à la réforme économique que nous lui proposons, nous l'appuierons de toutes nos forces.

*
* *

Les accoucheurs des hôpitaux.

(Troisième article (*Fin*).

Comme on vient de le voir, la santé des malades est entre bonnes mains : personne, du reste, n'en avait sérieusement douté. Arrivons donc aux questions plus controversées de l'enseignement des étudiants qui était seul en cause ici.

MM. Pinard et Budin nous ont déclaré, de la façon la plus formelle, que, tout en veillant avec un soin jaloux, comme c'est leur devoir, sur la vie et la santé des malades, ils n'avaient jamais eu d'autre ambition que celle de faire pour l'enseignement de l'obstétrique, cette branche des sciences médicales à laquelle ils ont voué leur vie, tout ce qui dépendrait d'eux. Leur premier soin, après s'être occupés de l'hygiène et du confortable des malades, a donc été d'organiser et de rendre aussi fructueuses que possible les conditions d'instruction des élèves. Voici, à ce sujet, la ligne de conduite qu'ils ont adoptée : ils acceptent dans leur service tout élève qui, suffisamment avancé dans le cours de ses études, leur exprime le désir de consacrer un certain temps à apprendre les accouchements ; mais ils exigent que, durant tout ce temps, l'élève suive régulièrement le service, — beaucoup de médecins et de chirurgiens ne sont pas beaucoup plus accommodants, et cette discipline est fort profitable aux étudiants. — En outre, MM. les accoucheurs ne permettent pas à leur élèves de fréquenter, pendant cette période d'étude, les autres services de l'hôpital, ni de se livrer aux exercices de médecine opératoire ou de dissection ; on comprend le but de cette défense qui est toute dans l'intérêt des malades et ne saurait nuire à l'instruction des jeunes gens; personne n'essaiera de contester sérieusement que ceux-ci ne puissent, sur leurs cinq années d'études, consacrer quelques semaines ou même quelques mois à une branche aussi importante des sciences médicales.

Pour apprendre les accouchements, il importe, en effet, d'en voir beaucoup, de s'exercer soi-même à en faire, et de suivre les accouchées jusqu'à leur complet rétablissement : l'étudiant à qui l'on fournit en abondance de pareils moyens d'instruction ne saurait, dans le même temps, faire avec profit de la médecine ou de la chirurgie, car il faut, en tout, agir avec méthode.

Voici donc comment les choses se passent. Les élèves, une fois qu'ils ont été agréés par le chef service, sont mis en série deux à deux, et il leur est assigné un certain nombre de lits dont ils doivent s'occuper plus spécialement, au point de vue de l'examen des malades, des soins à donner, des observations à recueillir. Toute malade qui se présente est vue par les élèves dans la série desquels elle tombe, ceux-ci rendent compte de leur examen au chef de service qui vérifie leurs assertions, rectifie leurs erreurs, etc. Si la malade a une grossesse normale et peut espérer un

accouchement facile et régulier, elle est envoyée chez une des sages-femmes acceptées par l'Assistance publique ; on ne garde à l'hôpital que les femmes dont on suppose que l'accouchement se fera avec difficulté, ou exigera des soins particuliers, ou enfin celles qui se présentent trop tard pour pouvoir être dirigées sur les services annexes.

Sans doute, ce système fait que beaucoup d'accouchements sont perdus pour l'enseignement : mais ce ne sont jamais que des accouchements normaux, ceux qu'il est le plus aisé d'apprendre. — D'ailleurs, M. Budin a pu obtenir que ses élèves aient accès chez les sages-femmes, au moment où accouchent les femmes qu'il y envoie. — De plus, les accouchements anormaux ou difficiles, étant tous gardés à l'hôpital, le service central se trouve offrir, dans un court espace de temps, un grand nombre de cas instructifs. Si l'on réfléchit qu'il se présente à Lariboisière environ deux mille deux cents femmes grosses par an, que toutes ces femmes sont examinées par les élèves avant de l'être par le chef, on comprendra de quelles ressources fécondes dispose l'enseignement et avec quelle rapidité les jeunes gens peuvent acquérir une expérience et une habileté très suffisantes pour la pratique ordinaire. Notons enfin que MM. les accoucheurs ont obtenu, à force de démarches, que leurs élèves pourraient pénétrer à toute heure de jour et de nuit dans l'hôpital ; M. Budin est même arrivé à faire prévenir, chez eux, en cas d'accouchement, les deux élèves désignés par leur tour de service.

Il resterait à savoir exactement le nombre moyen annuel d'étudiants qui peuvent être admis à apprendre l'obstétrique dans les hôpitaux ci-dessus désignés : ce renseignement important nous sera certainement fourni, dès que le nouvel état de choses aura franchi la phase d'organisation où il se trouve encore, pour entrer en pleine possession d'un fonctionnement normal et régulier.

Des explications qui précèdent, il résulte que, comme nous l'avions dit, les services d'accouchements sont bien des services fermés, en ce sens que les étudiants n'ont pas le droit d'y entrer comme ils veulent, s'ils n'y sont pas spécialement attachés. Mais ce que nous ignorions, c'est que chacun d'eux est libre d'y venir faire un stage aussi prolongé qu'il sera nécessaire pour son instruction, à la condition de se conformer aux règles, très simples en somme, tracées par le chef de service. Ces règles n'ont pas du tout été édictées pour tracasser inutilement les étudiants ; elles sont motivées par l'intérêt des malades ; et c'est à leur stricte application que MM. les accoucheurs croient qu'il faut attribuer la réduction de la mortalité des femmes en couches à un minimum très restreint : trois pour mille environ, et non pas trois pour cent, comme le disait dernièrement un journal de médecine qui, à la suite de notre dernier article, avait eu l'excellente idée de se livrer lui aussi à une sorte d'enquête sur les faits que nous venions de signaler.

On ne saurait évidemment blâmer les accoucheurs des hôpitaux des précautions minutieuses dont ils entourent leurs malades et dont ils font un devoir à leurs élèves : ce n'est pas, à notre avis, la partie de leur enseignement la moins utile et la moins élevée. La peine qu'ils se donnent pour instruire les jeunes générations médicales leur fait aussi grand honneur. Grâce à eux, grâce à leur impulsion vigoureuse, l'enseignement de l'obstétrique, si négligé en France depuis quelque temps, va faire un grand pas ; grâce à eux enfin, les étudiants sérieux pourront désormais quitter l'Ecole, armés de toutes pièces, et ne connaîtront plus ces douloureuses hésitations du jeune médecin livré à lui-même, avec des connaissances insuffisantes, en face des graves réalités de la pratique.

Après avoir ainsi rétabli la vérité des faits, nous avons encore un devoir à remplir, celui de remercier bien sincèrement MM. Pinard et Budin de l'empressement qu'ils ont mis à nous renseigner avec exactitude sur la question que nous avions posée ; nous sommes heureux de leur adresser ici le témoignage de notre gratitude pour la bienveillance toute particulière avec laquelle ils nous ont accueilli.

Naturellement nous avons dû nous borner à aller dans les services dont les chefs avaient sollicité notre visite. C'est de ceux-là seulement que nous avons parlé, ignorant absolument ce qui se passe ailleurs ; du reste, des quatre services, qui existent actuellement, les deux que nous avons vus sont, sans contredit, les plus importants.

Dr J. Geoffroy.

Au moment où cet article était déjà imprimé, nous avons reçu de M. Ribemont, accoucheur des hôpitaux, qui était malade au moment où ont paru nos précédents articles, une lettre dans laquelle cet honorable confrère nous affirme qu'il partage les vues et la règle de conduite de MM. Budin et

Pinard, et nous invite, fort gracieusement, à visiter son service de l'hôpital Tenon. Nous ne manquerons pas de faire honneur à son aimable invitation, dont nous le remercions bien sincèrement. Mais, dès aujourd'hui, et afin qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit de personne, nous nous empressons d'enregistrer la déclaration de M. Ribemont, que « son service est ouvert à tous les étudiants studieux qui voudront bien prendre le soin de se conformer aux principes d'une sévère antisepsie. » J. G.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA BLENNORRHAGIE, SA NATURE ET SON TRAITEMENT,

par le Dr Armand RIZAT.

Mon intention, en écrivant cet article, n'est pas de donner une description complète de la blennorrhagie; je veux surtout insister sur le traitement de cette affection qui cause tant de soucis à ceux qui ont le malheur de faire connaissance avec elle.

Mais, avant de parler du traitement, disons quelques mots de la maladie elle-même.

La nature virulente et contagieuse de la blennorrhagie étant admise par tous, il s'agissait de trouver le virus-contage: Je ne rappellerai pas ici les travaux entrepris pour arriver à ce but; je ne parlerai que des découvertes les plus récentes.

C'est en 1879, que le Dr Neisser (de Breslau), découvrit la présence de *micrococcus* dans le pus de la blennorrhagie; et en 1880, le Dr Frédéric Weiss (de Strasbourg), soutenait devant la Faculté de Nancy, sa thèse inaugurale sur le « Microbe du pus blennorrhagique ». Ce travail consciencieux, qu'on oublie trop de citer, aussi bien en France qu'à l'étranger, confirme les découvertes de Neisser, et contient les indications précises de la médication rationnelle et spécifique de la blennorrhagie.

Pour la description du microbe blennorrhagique, je vais laisser la parole au Dr Weiss : « Nous avons, dit cet auteur, fait l'examen microcospique avec des grossissements de 2,200, de 1,100, de 1,000, de 900 diamètres et de moins encore. Le réactif qui nous a paru le meilleur pour la coloration, est la solution aqueuse de violet de méthyle dont on ajoute un peu à la gouttelette de pus à examiner. La solution ne doit pas être trop concentrée de façon à ce que la préparation ne soit pas trop foncée. Du premier coup d'œil, voici ce que l'on voit: au milieu de globules de pus et des éléments épithéliaux dont les noyaux apparaissent très bien colorés, on aperçoit de petits corps d'un violet foncé, tantôt isolés, tantôt unis deux à deux, trois à trois, quatre à quatre, mais le plus souvent formant des groupes de cinq à sept éléments disposés d'une certaine façon, enfin, l'on constate des agglomérations de corpuscules en nombre considérable. Ce sont les éléments parasitaires de la blennorrhagie ». (L. c., page 21.)

Ces microbes mesurent entre 10 et 13 dixièmes de millièmes de millimètre de diamètre, et le Dr Weiss a également pu constater qu'ils étaient doués de mouvements.

Depuis, le Dr Eklund a découvert un autre parasite du groupe végétal, l'*Ediophyton dectoydes*, auquel il attribue un rôle contagieux plus prépondérant que le micrococcus de Neisser. Mais, ses allégations n'infirment en rien les travaux de Neisser, et ceux de Weiss dont il ignore sans doute l'existence, car il ne les cite pas.

Quoi qu'il en soit, la nature parasitaire de la blennorrhagie étant reconnue, le traitement doit être un traitement parasiticide ; et celui-ci consiste dans l'usage d'injections au permanganate de potasse.

Le permanganate de potasse avait été préconisé par le Dr Bourgeois dans les affections purulentes du canal de l'urèthre (*Bulletin de thérapeutique*, 1880), c'est également ce sel dont s'est servi le Dr Weiss dans ses expériences ; je l'ai employé et, en présence des résultats que j'ai obtenus, résultats en tous points conformes à ceux de M. Weiss, je ne prescris jamais d'autre médicament dans la blennorrhagie.

Reste maintenant à indiquer le mode d'emploi. Dans le manuel des maladies vénériennes que j'ai publié en 1881, je disais ceci (page 421), en parlant du *Traitement abortif* : « Quelque mal qu'on en ait dit, nous en sommes absolument partisan. On doit toujours le tenter, non pas pendant un, deux ou trois jours, comme on le conseille, pour cesser tout à fait, si l'écoulement ne se tarit pas et le remplacer par le traitement antiphlogistique; mais nous conseillons de l'employer jusqu'à complète cessation de l'écoulement; c'est-à-dire que nous ne considérons pas le traitement abortif comme devant faire place aux antiphlogistiques, mais, au contraire, comme devant les remplacer et nous en faisons le *traitement curatif* de la blennorrhagie.

« Nous allons soulever bien des critiques, bien des blâmes; mais, comme nous l'avons souvent employé et qu'il nous a toujours réussi, nous n'en conseillerons pas d'autres.

« Que doit-on chercher à faire dans la blennorrhagie? Calmer l'inflammation. Pour cela, il faut arrêter l'écoulement, cause première de l'inflammation. Or, est-ce arrêter l'écoulement que d'employer un traitement ayant pour résultat d'en augmenter l'intensité et de provoquer son extension jusqu'aux parties profondes du canal?

Dans les premiers jours de la blennorhagie, l'inflammation n'a pas dépassé la portion pénienne du canal. C'est a peine si elle s'étend à un ou deux centimètres au-delà de la fosse naviculaire. Et ne doit-on pas faire tout son possible pour empêcher qu'elle ne gagne de plus en plus? Ne

doit-on pas essayer de tarir l'écoulement sur place?

« Dans le cas de conjonctivite purulente, personne ne songerait à employer les lotions émollientes seules, sans y adjoindre des collyres astringents et cathérétiques, de façon à enrayer le plus promptement possible l'inflammation de la conjonctive.

« Pourquoi agirait-on différemment avec l'écoulement uréthral? Tout le monde sait quel sujet d'ennui sont pour les malades les écoulements chroniques et la difficulté qu'on a à les guérir; et on emploie un traitement qui réunit toutes les conditions nécessaires pour provoquer cet écoulement chronique!

« Bien plus, la présence du pus dans le canal suffit pour causer une irritation constante, et cette irritation ne fera que s'accroître, tant que le pus séjournera dans le canal. Or le moyen le meilleur d'obtenir ce résultat n'est-il pas le *traitement antiphlogistique*, qui consiste à *faire couler*, comme on dit, et que nous appellerions le *traitement par la suppuration.*

« En outre, l'on recommande de suivre le traitement antiphlogistique jusqu'à cessation complète de la douleur pendant la miction et pendant les érections. Or il est des cas où ces douleurs sont toujours aussi intenses, depuis le début jusqu'à une époque avancée de la maladie; il est clair que l'on ne doit pas laisser les choses s'éterniser dans cette situation fâcheuse et gênante pour le malade; et alors, bon gré mal gré, on institue le traitement curatif soit par les injections ou les balsamiques, soit par ces deux moyens à la fois.

« De plus, les malades fatigués de couler et désespérés de voir que leurs douleurs ne cessent pas, disent, bien souvent, qu'ils ne souffrent plus au moment de l'érection et de la miction, alors que le contraire existe, afin de pouvoir obtenir un traitement curatif; et aussitôt qu'ils commencent les injections ou les balsamiques, ils éprouvent de l'amélioration.

« Qu'en résulte-t-il? C'est que l'on a perdu un ou deux mois à faire suivre un traitement absolument inutile, et pendant tout ce temps, l'inflammation s'est étendue jusqu'aux parties profondes en sorte que tout le canal est le siège d'une suppuration abondante, pouvant devenir la cause d'un écoulement chronique, le désespoir du malade.

« Nous conseillons donc d'instituer le traitement abortif, qui est par ce fait curatif. Ce traitement consiste en injections et celles qui nous ont toujours réussi, sont les injections au *nitrate d'argent* à la dose de *cinq centigrammes pour cent grammes d'eau distillée* »

Aujourd'hui, je n'ajouterai rien, je ne retrancherai rien à ce que je disais alors, au point de vue des indications générales du traitement de la blennorrhagie, j'ai seulement substitué le permanganate de potasse au nitrate d'argent, et je l'emploie aux mêmes doses, c'est-à-dire 0,05 centigr. pour 100 grammes.

Voici les raisons qui m'ont fait rejeter les injections à l'azotate d'argent. D'abord elles sont très douloureuses, même à cette faible dose, et, en second lieu, elles provoquent, aussitôt leur administration, un écoulement muco-purulent extrêmement abondant qui inquiète les malades et qui leur fait dire « que le remède est pire que le mal, » car on voit un suintement léger se transformer en véritable suppuration uréthrale. Ce symtôme qui effraie les malades, disparaît, il est vrai, au bout de cinq ou six injections, mais comme dans le traitement de la blennorrhagie, les malades préfèrent surtout la *thérapeutique des résultats*, cette augmentation de l'écoulement, cette douleur m'ont fait adopter le *permanganate de potasse*, qui agit sûrement, silencieusement, et ne manifeste pas son action par cette recrudescence dans la suppuration. Pour dire toute la vérité, l'injection au permangate cause bien quelque cuisson a quelques picotements dans le canal, mais cela cesse au bout de quelques minutes et deux ou trois jours après, l'écoulement a subi une modification notable dans sa nature et dans sa quantité.

Pour empêcher, ou tout au moins atténuer les douleurs en urinant, je fais prendre par jour 2 grammes de bi-carbonate de soude dans un litre d'eau, et deux ou trois fois par semaine, un grand bain d'une heure. Ce traitement hygiénique n'a aucune influence sur la suppuration uréthrale; il procure au contraire une grande sédation dans les symptômes inflammatoires qui accompagnent toute blennorrhagie.

En même temps on surveillera les intestins; il faut surtout éviter la constipation, pour deux raisons, la première c'est que le séjour prolongé des matières fécales dans le rectum entretient une irritation qui peut avoir pour conséquence le développement d'une prostatite, et même d'une cystite du col vésical; la seconde est que les efforts que font les malades pour aller à la selle, peuvent provoquer une orchite; aussi, pour entretenir la liberté du ventre, on fera prendre, deux ou trois fois par semaine, un verre d'eau purgative.

Dans le cas où le malade éprouverait des douleurs aux régions profondes du canal, on ordonnera le soir un lavement émollient administré à l'aide d'une longue canule en gomme.

S'il avait de la contracture du col, on introduirait dans l'anus, une fois le lavement rendu, un suppositoire à 0,05 avec 0,10 centigrammes d'extrait de belladone, mais on en cesserait l'application, si des troubles de la vue venaient à se montrer.

L'écoulement une fois tari, on fera continuer les injections pendant huit ou dix jours encore et on suspendra toute médication. Mais les malades ne doivent pas se considérer encore comme guéris; il faut qu'ils se persuadent bien que leur urèthre n'est qu'en convalescence et ils ne doivent s'en servir que pour uriner. J'ai vu des imprudents vouloir faire l'expérience du coït pour voir s'ils étaient bien guéris, ou profiter d'une *belle occasion*, comme il s'en présente toujours dans ces moments-là, et recommencer à couler comme de plus belle. Aussi doit-on fixer comme époque minimum où le coït peut s'accomplir sans danger, *trois semaines après cessation complète de tout traitement.*

Pour la durée de la blennorrhagie simple, sans

complication, il faut bien compter au moins trente à quarante jours.

Quant au régime alimentaire, comme la blennorrhagie est une maladie essentiellement anémiante, les malades doivent prendre une bonne nourriture, et sans faire d'excès, ne pas suspendre le vin ou le café, ces aliments étant avant tout des aliments toniques; les seules choses dont ils doivent s'abstenir sont les liqueurs fortes et la bière, surtout les bières anglaises ou allemandes; quant à la bière que l'on fait dans les ménages, et qui ne contient que du houblon ou de l'orge, on peut la boire impunément.

En résumé, une blennorrhagie étant déclarée, la conduite à tenir est celle-ci:

1° Faire porter un suspensoir à sous-cuisses.

2° Commencer immédiatement les injections au permanganate de potasse (0,05 centig. d'eau pour 100 gr. d'eau, trois injections par jour). (Cette solution doit être mise dans une bouteille en verre jaune pour empêcher l'action décomposante des rayons chimiques de la lumière.)

3° Les injections doivent être données très doucement, il ne faut pas *forcer*, comme on dit vulgairement, on s'arrête, dès que l'on sent la moindre résistance.

4° Faire boire une solution de bi-carbonote de soude (2 grammes par litre.)

5° Donner des bains,

5° Faire prendre des purgatifs légers.

6° Lavements et suppositoires belladonés selon les indications fournies par les douleurs des régions profondes du canal.

Dans un prochain article j'étudierai les complications de la blennorrhagie.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

DES REMPLACEMENTS MÉDICAUX.

Parmi les nombreuses mesures prises par le *Concours médical* en vue d'améliorer la situation des médecins et rendre leurs relations plus faciles, figure celle des remplacements.

Tantôt l'un de nous est cloué sur son lit par la maladie, tantôt ce sont des intérêts de famille ou autres qui nous appellent loin de notre clientèle; dans l'un et l'autre cas, celle-ci périclite du fait de notre absence. En général, toutes les fois que, pour n'importe quel motif, nous devons nous éloigner de nos clients, nous trouvons souvent au retour beaucoup d'absents. Les uns, par caprice, n'attendent qu'un prétexte (maladie, voyage, etc)., pour frapper ailleurs; les autres, surpris par la maladie, ont dû faire appeler un confrère voisin, qu'ils n'osent laisser, du moins brusquement, à notre retour.

Tout ceci n'est pas nouveau: mais si le mal existe depuis longtemps, a-t-on tenté de trouver un remède à cette situation? Comme je l'ai dit plus haut, il a fallu que le *Concours médical* arrêtât un programme de réformes, toutes pour notre plus grand bien, pour que l'on mît à l'étude la question des remplacements médicaux.

Après le *Concours*, la question a été traitée dans l'une des séances de l'*Association des médecins de France*. Puis le Conseil général a proposé de faciliter aux médecins, membres de l'Association, les moyens de se faire remplacer temporairement: à cet effet, on communiquera aux intéressés tous les renseignements qu'on recueillera. Mais, comme le dit très bien l'honorable directeur du *Concours*, il n'est pas présomptueux de supposer que ces louables mesures ont été inspirées par la pratique déjà ancienne du *Concours médical*.

Du reste, n'a-t-il pas fait davantage encore? Nous savons tous, en effet, que, dans l'Assemblée générale du 17 septembre dernier, une certaine somme prise sur les fonds de réserve du *Concours* a été affectée à indemniser ceux d'entre nous que la maladie aurait obligés à recourir aux bons offices d'un remplaçant.

Il ne suffit pas cependant d'avoir établi le principe du remplacement: en dehors même de la question d'indemnité, supportée, en certains cas, par la *Caisse du Concours*, comment doit se régler le service des remplacements, et de quelle façon peuvent entrer en relations ceux de nous qui doivent être remplacés ou bien sont disposés à effectuer des remplacements?

Voici, à ce sujet, quelles mesures je proposerais à titre provisoire, me réservant de les faire examiner et discuter dans la prochaine Assemblée générale du *Concours médical*.

ARTICLE PREMIER. — Tout médecin qui voudra se faire remplacer, pour n'importe quel motif, en donnera avis au *Concours médical*: le journal en fera mention dans son plus prochain numéro, dans les formes indiquées plus bas.

ART. II. — De son côté, tout médecin disposé à faire des remplacements se mettra à la disposition de ses confrères, en en donnant avis au *Concours médical* qui en fera aussitôt mention dans les formes également ci-dessous. — On comprend que la mention explicite des noms et résidences des remplaçants et remplacés faciliterait singulièrement le service. — On se mettrait de suite en relation avec les demandes provenant des départements les plus voisins.

ART. III. — Les conditions à débattre telles que durée du remplacement, indemnité de voyage et autres, seront l'objet d'une entente entre les deux intéressés qui se mettront en relation d'après les avis insérés dans le *Concours médical*.

ART. IV. — Suivant convention déjà adoptée. les confrères remplacés pour cause de maladie auront seuls droit à l'indemnité votée par l'Assemblée générale du *Concours*.

ART. V. — Chaque semaine, le journal, le *Concours médical*, établira dans les formes ci-dessous un tableau qui mentionnera offres et demandes de remplacement.

ART. VI. — Tout médecin qui réclamera un remplaçant, ou offrira de remplacer, devra, ou indiquer s'il désire que son nom soit inscrit en toutes lettres, ou s'il préfère qu'on ne porte que son initiale et la désignation de son département.

Demandes de Remplacement				**Offres de remplacement**			
NOM DU MÉDECIN	RÉSIDENCE	DÉPARTEMENT	EPOQUE ET DURÉE PROBABLE DE L'ABSENCE	NOM DU MEDECIN	RÉSIDENCE	DEPARTEMENT	EPOQUE ET DURÉE DU TEMPS A DISPOSER

Dr Rigabert.

II

Médecine légale

et honoraires médico-légaux.

A.

Bien honoré confrère,

Je lis toujours avec le plus vif intérêt tout ce qu est publié dans le *Concours Médical* sur la question de la réquisition des médecins en justice et sur les « honoraires » médico-légaux, qui sont si parfaitement inavouables.

Il me semble que, puisque nous n'avons rien à espérer du législateur, il ne nous est pas interdit de chercher, *par un moyen détourné*, à arriver à notre but qui est celui d'être traité honorablement par l'Etat, quand on nous requiert d'éclairer de nos lumières cette bonne Mme Ve Thémis.

Qui pourrait, par exemple, nous empêcher de nous entendre dans chaque syndicat, pour que celui de nous, qui est appelé le premier par la justice, réclame le concours d'un *second* confrère; et que les deux réclament *toujours* le concours d'un troisième confrère.

On n'a même pas besoin de donner, dans ce cas-là le motif de cette nouvelle façon d'agir aux magistrats. Ils en penseraient ce qu'ils voudraient. Puis, on ferait attendre le rapport plusieurs semaines dans chaque affaire, quand un tiers ne devrait pas en souffrir; on pourrait même fort bien ne pas tirer de conclusion dans ledit rapport et se borner à constater le fait matériel.

Le résultat de cette sorte *d'obstruction organisée* serait promptement atteint: tous les magistrats pousseraient à l'unisson de véritables clameurs auprès de M. le Garde des Sceaux et le gouvernement ne tarderait pas à faire réviser le tarif. Il y trouverait une véritable économie, si, au lieu d'un médecin expert, il devait payer pour chaque affaire, trois, quatre médecins. Rien n'est plus pratique et ne serait plus efficace que ce moyen, *exempt pour nous de tout danger légal*, d'arriver à nos fins: être rémunérés convenablement pour les services qu'on ne cesse de nous demander, et faire cesser l'exploitation dont nous sommes, de ce chef, les victimes séculaires, parce que nous ne sommes pas unis.

N'y aurait-il point moyen aussi de prier M. le Ministre de la guerre de faire au corps médical l'honneur de changer sa formule: « *témoignages de satisfaction accordés* » aux médecins qui ont soignés gratuitement, et pendant un demi-siècle, messieurs les gendarmes et leurs familles.

Si c'était M. le ministre qui eût soigné depuis un demi-siècle nos familles et notre personne nous serions, nous, ses obligés — mais c'est tout le contraire, et il emploie, vis-à-vis de nous, dont il est l'obligé, une formule qui ne s'emploie en bon français que vis-à-vis des serviteurs !!!

Assez comme cela! Le Corps médical, grâce au *Concours*, commence à comprendre un peu sa propre force et la valeur de la véritable confraternité. Jamais nous ne pourrons assez lui témoigner notre profonde reconnaissance.

Votre bien cordialement dévoué

Dr R. Bidard.

B.

Monsieur le Directeur,

A propos des honoraires médico-légaux, il y a un point de vue que personne n'a fait ressortir, c'est que les magistrats ont intérêt à tenir compte de nos revendications, et cela, parce que, eux aussi, sont indemnisés d'après le tarif de 1811.

Cela explique pourquoi, tout récemment, deux confrères de Voiron, requis pour un assassinat, ont été invités par le substitut qui les accompagnait, à porter sur leur mémoire plusieurs vacations supplémentaires.

Veuillez agréer, etc,

Dr Boucher (*de Voiron*).

III

A propos des appels annuels temporaires sous les drapeaux des médecins de la réserve.

Parmi les améliorations désirables et urgentes dans le Service de santé de l'armée, on signalait, à cette même place, il y a tantôt dix-huit mois (1), la nécessité de faire acquérir aux médecins aide -

(1) *Union Médicale*, no 139, 8 octobre 1881.

majors du cadre de réserve les qualités militaires indispensables au fonctionnement du service dans le cas d'une mobilisation. Quelques jours plus tard, dans un excellent feuilleton, un collaborateur distingué de l'*Union Médicale* remarquait avec raison qu'il s'agissait, bien entendu, « d'appels temporaires et de périodes d'instruction en tout semblables à celles pour lesquelles on convoque les officiers » des corps de troupes de réserve (1).

Aucun des témoins ou des acteurs des événements militaires de 1870 n'a perdu, à coup sûr, le souvenir des difficultés du recrutement d'un personnel médical complémentaire au moment de l'entrée en campagne. Il fallait de nombreux médecins ; on les obtint assurément, grâce au dévouement et au patriotisme de la plupart des membres du corps médical français. Mais, parmi les hommes dévoués, un grand nombre durent faire sur le champ de bataille ou à l'ambulance l'apprentissage de la nouvelle profession à laquelle les évènements les appelaient.

La création des médecins de réserve préviendra certainement dans l'avenir le retour des mêmes difficultés de recrutement. D'ailleurs, la liste déjà longue des titulaires de ces grades, témoigne du nombre des médecins civils qui, par leur âge ou malgré leur âge, forment le cadre de réserve du corps de santé. Le *nombre* étant désormais assuré, on est maintenant en droit de se demander quelle en sera la *valeur au point de vue militaire*. Certes, nous en avons la certitude, le dévouement et l'abnégation de nos confrères seront ce qu'ils ont toujours été, et ne posséderont d'autres limites que la grandeur même des sacrifices demandés. Mais enfin, achevée sur le papier, cette organisation n'a jamais été mise à l'essai. On peut à bon droit s'en étonner, puisque, de par l'avis unanime des hommes compétents, la mobilisation rapide et bien coordonnée de tous les éléments d'une armée est l'un des facteurs essentiels pour le succès des guerres futures. Comme tout autre rouage, le service médical a donc besoin de recevoir la sanction de l'expérience.

S'il faut en croire des informations généralement autorisées, les bureaux de la rue Saint-Dominique ont résolu de mettre cette organisation à l'essai. A cet effet, le ministre de la guerre vient de prescrire une enquête auprès des préfets, afin de déterminer les conditions dans lequelles on convoquerait les médecins de réserve dans des périodes annuelles d'instruction, sans inconvénient pour les localités où ces officiers exercent leur profession.

Au point de vue de la pratique professionnelle, il y a là une difficulté dont, sans méconnaître l'importance, il faut cependant trouver la solution. Dans l'espèce, les préfets seraient bien inspirés si au lieu de s'en remettre à leurs bureaux du soin de répondre à la demande ministérielle, ils faisaient appel aux avis des Associations médicales de chacun des départements. Par la notoriété de leurs membres, par leur connaissance des besoins médicaux de chacune des localités du département, ces Associations ont qualité pour concilier pratiquement les nécessités locales les plus respectables avec l'intérêt supérieur de la défense du pays.

(1) 3 novembre 1881, nº 152.

Il est indispensable, en effet, pour le bien du service que les médecins, comme les autres officiers de la réserve, soient dès le temps de paix initiés aux obligations professionnelles et aux exigences de la vie militaire. Si la médecine du soldat, depuis la généralisation du service militaire, ne doit plus être une *spécialité*, comme on l'a trop souvent prétendu, elle n'en conserve pas moins une physionomie qui lui est propre et qu'elle emprunte au milieu militaire. Sans crainte d'être taxé de *germanomanie*, on peut en appeler de l'exemple de l'Allemagne où, chaque année, les médecins de réserve fréquentent obligatoirement des conférences didactiques et pratiques dans lesquelles ils sont, pendant les appels, mis au courant des détails de la réglementation et des besoins de la médecine militaire.

Seulement, de l'autre côté du Rhin, on a compris que le zèle devait être stimulé et que les efforts des plus laborieux méritaient de réels encouragements. Aussi, après avoir satisfait au stage réglementaire, le médecin de réserve peut se présenter aux examens du grade supérieur et, après avoir heureusement satisfait aux épreuves, être à l'occasion promus dans la réserve, comme ses confrères de l'armée active le sont dans le cadre permanent.

Cette organisation n'est pas seulement favorable pour les officiers laborieux, elle fait, en outre, juger de la valeur militaire et des aptitudes de chacun des médecins de réserve. Elle permet donc d'utiliser les services au mieux des intérêts de l'armée, et de ne pas envoyer un chirurgien de profession dans un service de fiévreux. Elle éviterait peut-être aussi le retour de ces singularités dont on a été naguère témoin alors que, de par l'autorité administrative, on a vu des médecins honorables et distingués, devenir subordonnés d'individus moins célèbres dans la science que dans ces petits édicules dont l'hygiène intime et surtout privée est redevable au zèle humanitaire du préfet de Rambuteau. Espérons tout au moins qu'il n'en serait plus ainsi et que la direction du service de santé, maintenant confiée aux médecins, évitera les errements de prédécesseurs plus soucieux des intérêts administratifs que bons juges des qualités morales et professionnelles du personnel médical auxiliaire ! — C. E.

(*Union Médicale*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ITALIENS.

Traitement de l'iléus par les clystères d'air et l'ingestion simultanée de balles et de grains de plomb de chasse, *par le Dr Eliodoro Pedzini*. — L'auteur cite trois observations récentes d'iléus avec

les symptômes caractéristiques de vomissements stercoraux répétés, hoquet, pouls filiforme, abaissement de la température, dans lesquels tous les moyens employés furent impuissants.

L'auteur a administré d'abord jusqu'à 300 grammes d'huile de ricin, 200 de sulfate de magnésie, cinq infusions laxatives, huile de croton, laudanum, pilules de gomme-gutte et aloès, bains chauds et froids, sangsues, lavements purgatifs ; tout cela sans succès. En présence d'un météorisme énorme, d'une occlusion intestinale remontant à 24 jours dans certains cas, voulant éviter la laparotomie, le Dr Pedrini fit avaler à ses malades, suivant le sujet, jusqu'à huit balles de fusil et deux kilogrammes de grains de plomb de chasse. En même temps il introduisit, au moyen d'u puissant soufflet, l'air dans l'intestin durant une séance de cinq heures.

Dans les trois cas, les douleurs cessèrent comme par enchantement, l'invagination, ou la torsion, ou le rétrécissement de l'intestin furent vaincus, et les malades recouvrèrent une santé parfaite.

(Gazette méd. Lomb. 10 février 83).

*
* *

Nouvelles expériences sur les anti-septiques *(le trichloro-phénol, la naphtaline, le sublime corrosif).* — *Le trichloro-phénol* a été expérimenté par le Dr Dianin, de Saint-Pétersbourg. Ce produit est obtenu facilement par la mise en présence de l'acide phénique pur et de l'hypochlorite de chaux; on l'emploie en solution dans la glycérine ou dans l'alcool à 5 0/0.

Voici les conclusions de l'auteur : — 1° Le trichlorophénol possède un pouvoir anti-septique environ vingt-cinq fois plus énergique que celui de l'acide phénique. — 2° Les solutions faibles de ce produit et de ses sels, (environ 2 centigr. pour 100 grammes) suffisent à arrêter la fermentation alcoolique ; 6 milligrammes pour 100 grammes la retardent notablement ; 25 centigr. pour 100 grammes, empêchent la décomposition de l'urine. — 3° Dans les plaies gangréneuses étendues, le trichlorophénol a une action anti-putride beaucoup plus puissante que le thymol, les acides phénique et salicylique, le chlorure de chaux, les sels de magnésie, etc. — 4° Il détruit les odeurs, et enfin, en solution concentrée, il n'irrite pas les tissus. A l'état pur, il n'a qu'une action legèrement caustique sur la superficie des plaies et des ulcères. *(Dr Dianin, Thèse inaug. Saint-Pétersbourg, 82).*

La naphtaline, au rapport du Dr Bonning, de Strasbourg, a eté employée deux cent soixante-six fois à la clinique du Dr Lücke, dans des cas de nécrose, d'ulcères superficiels, et dans seize amputations ; mais cette substance, il faut le dire, était expérimentée unie à l'acide phénique. Appliquée à l'état cristallin, ou au moyen de coton imbibé d'une solution saturée, elle ne cause pas apparence d'irritation locale, ni le moindre effet vénéneux. On peut surtout s'en servir chez les malades, qu'une idiosyncrasie rend trop sensibles à l'acide phénique. C'est un anti-septique comparable à l'iodoforme, moins les effets vénéreux.

Le sublimé corrosif, d'après le Dr Kummel, de Hambourg, est un désinfectant d'une puissance extrême, efficace à 1 gramme pour 1000. Comme les solutions phéniquées à 5 pour 0/0, celles de sublimé rendent les mains rudes, mais sans causer comme elles de fourmillement, ni d'irritation passagère. L'auteur emploie l'acide phénique pour le *spray*, et pour désinfecter les instruments, dont le sublime émousse le tranchant. Les éponges et les compresses servant aux opérations sont tenues constamment dans une solution de sublimé de 0,1 décigr. pour 100.

La soie protectrice au sublimé se prépare en soumettant à l'ébullition durant deux heures, la soie grège dans une solution de 1 pour 100. On prépare aussi des boyaux au sublimé (catgut), de la même manière. Le Dr Kummel emploie, comme désinfectants saturés de sublimé, des substances inorganiques telles que le sable, les cendres, les fils de verre très fin. Il se sert de sable blanc de quartz, chauffé au creuset, et en saupoudre des plaies comme on fait de l'iodoforme. Il remplit de ce sable les cavités des plaies, puis les entoure d'une bande fine. D'autres fois, il coud la plaie en y enfermant des tubes capillaires de verre, puis les recouvre d'un feutrage formé de fils de verre très fins, ou d'une couche de sable saturé, de gaze et d'une bande. Ce pansement s'applique à la tête, aux extrémités, et dans les abcès fistuleux.

Quand on ne veut pas appliquer la médication au verre et au sable, on emploie des coussins de cendre, préparée comme on dira plus bas, et cousue dans des sachets de coton fin.

La bourre de fils de verre se trouve dans le commerce et est facilement lavée et désinfectée avec des acides concentrés ; la capillarité explique les propriétés absorbantes de cette substance, qui amène au dehors les humeurs des plaies. Ces fils de verre sont si ténus, et occupent dans les plaies si peu de place, que la réunion s'opère aussitôt qu'on les a enlevés. Leur action capillaire est continue, quelque substance qu'on leur superpose.

Ce genre de pansement ne cause jamais aucune inflammation, la fièvre traumatique beaucoup moins que tout autre ; la réunion par première intention aussi bien que la méthode listérienne la plus exacte ; on n'a jamais de fistule ni d'eczéma de la peau.

Le Dr Kummel, avec la méthode sus-indiquée, a obtenu la réunion par première intention en treize jours, dans une amputation de la cuisse, en huit jours dans une amputation de hernie étranglée.

Les matières employées sont à vil prix. Les coussins de cendre sont faits avec de la toile de coton lavée au savon vert, puis à nouveau dans l'eau pure, et enfin dans une solution de sublimé au 1000e, et déposés dans un bocal ou une boîte fermée. La veille du jour où on en veut faire usage, on les plonge dans la solution désignée plus bas sous le n° 1. La cendre qu'on y introduit a dû être imbibée d'un litre de la solution n° 1 pour 100 kilos.

Solutions de sublimé corrosif :

S. N° 1 :		S. N° 2 :	
Sublimé corrosif......	25	Sublimé corrosif.	10
Eau distillée..........	4475	Alcool rectifié........	4490
Glycérine..............	500	Glycérine............	500
S. N° 3 :		S. N° 4 :	
Sublimé corrosif......	5	Sublimé corrosif......	100
Eau distillée..........	5000	Ether sulfurique......	1000

Sable au sublimé. — On prend 10 kilos de sable tamisé avec soin, et qu'on mêle à une solution n° 4.

Coton et gaze au sublimé. — On immerge du coton

en rame dans la solution n° 2, dans un vase en fer étamé on le presse, puis on le roule et on le fait sécher à l'air chaud. Le feutrage du verre et les tubes à drainage sont préalablemennt plongés dans la solution à 1 pour cent.

(*Gaz. med. lombardia* mars 83).

*
* *

Emploi du seigle ergoté pour prévenir les troubles auditifs dus au salicylate de soude et au sulfate de quinine, *par le Dr Schilling.* — Après quelques jours d'absorption de 7 à 10 gr. de salicylate de soude, on constate souvent de l'hyperhémie de la caisse du tympan, épaississement de la membrane. Pour combattre cette paralysie vasculaire, cause de l'hyperémie et des troubles consécutifs, l'auteur a employé avec succès chez cinquante-trois malades la formule suivante :

	Seigle ergoté	10
	Infusé dans : eau	180
	Salicylate de soude	10
	Cognac	40

A prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Ou bien :	Ergotine	1
	Salicylate de soude	10
	Eau	180

Quant à la quinine l'auteur l'emploie mêlée à l'ergot, en parties égales. (*Gaz. méd. lomb.* mai 83).

*
* *

Modifications de la sécrétion lactée produites par quelques médicaments. — Les expériences faites par le Dr Stump sur une chèvre ont prouvé que si l'on administre l'iodure de potassium durant huit jours, il y a : diminution de la quantité du lait, du sucre; augmentation de la matière grasse. Les matières albuminoïdes y sont plus abondantes. L'iode absorbé s'élimine combiné à la caséine et nou sous forme d'iodure alcalin.

L'usage de la bière et de l'alcool augmente les matières grasses, la lactose ne diminue pas sous l'influence de la bière, mais l'alcool diminue le sucre et l'albumine. Le tremblement nerveux des enfants allaités par des nourrices alcooliques, peut être attribué à la présence dans le lait d'alcool amylique incomplètement oxydé. Les sels de plomb sont sans effet sur la sécrétion, mais après six heures d'ingestion on les retrouve en nature dans le lait; ce qui prouve qu'on doit interdire l'allaitement aux femmes atteintes d'intoxication saturnine.

Le salicylate de soude ne produit que peu de modifications; il ne passe dans le lait qu'en très petite quantité, ainsi que la morphine. La pilocarpine diminue la quantité de la sécrétion et surtout le sucre qui se trouve dans le lait. (*Gaz. méd. lombardia*, avril 83).

Dr M. Picard.

FORMULES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des accès de fièvre chez les enfants. — Sirop de quinine. — Augé.

Sufate de quinine	1 gramme.
Eau de Rabel, q. s. pour dissoudre.	
Sirop tartrique	30 grammes
Sirop simple	40 —
Eau distillée	30 —

F. s. a. — Deux cuillerées à café par jour, la première quatre heures, et la seconde deux heures avant l'arrivée présumée de l'accès de fièvre chez les enfants à la mamelle et les enfants en bas âge. On donne ensuite le sein ou le biberon ou du bouillon, suivant le mode d'alimentation adopté pour nourrir l'enfant. — N. G. (*Union médicale*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT MÉDICAL DES DEUX-SÈVRES.

Réunion générale du 14 mai 1883, à Parthenay,

Sous la présidence du Dr Roulland.

La séance est ouverte à deux heures. Etaient présents : MM. les docteurs Beaudet, Bocquel, Bouchet, Gaillard, Granet, Marion, Pillet, Puy-le-Blanc, Quinemant, Pelvoisin, Roulland, Fayard, Martineau (de Coullonges), et Rousseau.

Il est donné lecture des lettres des confrères Bonnin, Fruchard, Gaillardon, Héliot et Ricochon qui, retenus par des nécessités professionnelles, s'excusent de ne pouvoir assister à la réunion.

Une chaude allocution du président, allocution jointe ci-contre au procès-verbal, amène, parmi les confrères simplement invités assistant à la séance, de nouvelles adhésions. Ce sont celles des docteurs Gaillard, Marion, Rousseau, de Parthenay; Beaudet, de Saint-Maixent; Bouchet, de Saint-Loup.

Puis l'Assemblée à l'unanimité conserve les fonctions de secrétaire-trésorier au Dr Fayard, de Niort qui, depuis quelques mois, les remplissait provisoirement.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière réunion par le Dr Fayard, la discussion s'engage sur les *rapports des médecins avec la justice.* La décision prise, en principe, par le *syndicat de Baugé* (Maine-et Loire) de refuser son concours à la justice, hors le cas flagrant délit, tant que les honoraires médico-légaux seront aussi dérisoires, est communiquée à l'Assemblée. En raison de la gravité de la résolution à prendre, le Président propose de nommer une Commission chargée d'étudier la question et de présenter un rapport à la prochaine réunion. La proposition est adoptée et MM. les docteurs Beaudet, licencié en droit, Roulland et Pillet sont chargés de ce travail. En attendant, le *statu quo* est admis.

La motion du Dr Boquel proposant de réclamer pour le Corps médical *l'exonération de la patente* n'est pas prise en considération. L'Assemblée est d'avis d'*élever* le

taux des honoraires, de façon à pouvoir faire face aux charges qui pèsent sur le médecin et de ne pas, du moins pour le moment, s'engager dans des réclamations qui ont si grande chance de ne pas être écoutées.

L'exercice illégal de la médecine fait, à son tour, l'objet d'une longue exposition de faits graves qui, portés au dossier, seront une arme précieuse contre les empiriques, le jour où les syndicats seront officiellement reconnus.

L'Assemblée émet le *vœu que l'officiat soit supprimé.*

Enfin le président Roulland lit quelques passages d'un rapport fait par le Dr de Darvieu à l'Association médicale de l'Hérault, sur *l'organisation de l'assistance médicale des indigents.* Cette question ne pouvant être traitée sans étude préalable, une Commission composée de MM. les docteurs Gaillard, Marion et Rousseau, est nommée à l'effet de présenter, sur ce sujet, un rapport à la prochaine réunion.

Un banquet réunit le soir les confrères présents qui se séparent à neuf heures du soir, emportant les meilleurs souvenirs de leur réunion à Parthenay.

Le secrétaire-trésorier du syndicat des Deux-Sèvres.

Dr Fayard.

Allocution du Dr Roulland, président.

Mes chers confrères,

Permettez-moi, tout d'abord, de déplorer le peu d'empressement que mettent les médecins des Deux-Sèvres à se rendre aux réunions médicales auxquelles on les convoque.

Le syndicat, je le vois bien, n'excite pas plus que sa grande sœur, l'Association générale, le zèle de nos confrères, et c'est toujours en fort petit nombre que nous pouvons discuter des intérêts qui sont, en résumé, ceux de tous les praticiens de la région, et pour lesquels la majorité de nos confrères témoigne, à mon avis, par trop d'indifférence.

Mais, franchement, ai-je bien le droit d'adresser, à nos confrères absents, ce reproche d'indifférence? Ne pourraient-ils pas victorieusement y répondre en me faisant remarquer la configuration de notre département tout en longueur et les difficultés de communications, en invoquant le long temps qu'il faut, à beaucoup d'entre eux, pour atteindre le lieu de réunion et les sacrifices de toutes sortes qu'ils devraient s'imposer pour se rendre à ces assemblées?

Eh! mon Dieu, oui, ils le pourraient, quelques-uns même l'ont déjà fait, aussi je n'insiste pas sur le sentiment que j'éprouve en vous voyant si peu nombreux aujourd'hui, car je comprends combien il est difficile, à beaucoup d'entre nous, de se déplacer pour un temps trop long et au prix de sacrifices vraiment onéreux.

Ce qui me chagrine davantage, c'est le petit nombre d'adhérents qu'a pu, jusqu'à ce jour, recruter notre syndicat départemental. Et cependant cette union, cette association syndicale peut seule favoriser la satisfaction des intérêts professionnels médicaux.

L'Association générale des médecins de France est, comme je vous le disais dans la circulaire que je vous ai tout dernièrement adressée, forcée de se confiner dans le cercle étroit de ses attributions de société de secours mutuels. Dès qu'elle en veut sortir, le pouvoir ministériel met son *veto* en la faisant rentrer dans son orbite, en menaçant son existence, si elle persiste à s'occuper de questions étrangères à celles que lui imposent ses statuts.

Avec les Syndicats, au contraire, vous avez des allures plus larges, une liberté plus grande; vous pouvez discuter vos intérêts, les opposer, sans rien avoir à craindre, aux exigences des pouvoirs administratifs et judiciaires, à celles non moins grandes des sociétés de secours mutuels de jour en jour en jour plus nombreuses. Enfin vous pouvez, par votre union, trancher, dans un sens équitable, des questions qu'isolés vous ne pourriez résoudre et que l'Association générale n'a pas le droit d'aborder.

Nous comptons plus de cent-vingt médecins dans les Deux-Sèvres, et il n'en est que vingt-deux qui fassent partie du Syndicat. A quoi faut-il donc attribuer cet infiniment petit nombre d'adhérents à l'idée syndicale dans notre département, alors que dans beaucoup d'autres régions elle a rallié la majorité des praticiens? Est-ce que, vraiment, ainsi que me le disait un misanthrope, ce serait dû à ce que nos médecins des Deux-Sèvres ont, pour la plupart, un patrimoine suffisant qui fait chacun d'eux *contentus suâ sorte* et les rend indifférents aux souffrances des confrères moins favorisés de la fortune?

Je n'ose le croire, messieurs, et, désespérant de trouver la cause de cet éloignement de l'idée syndicale, je me borne à contater le fait sans vouloir l'expliquer.

Est-ce à notre petit nombre que nous devons de n'avoir rien fait encore, de n'avoir pas donné des preuves de notre existence? Cela doit être, mes chers confrères, et je crois que nous avons sagement agi en nous tenant sur la réserve. C'est qu'en effet, pour constituer une force, nous avons besoin de nous grouper plus nombreux, de nous habituer à nous soutenir, à compter les uns sur les autres. Parmi les membres de notre Association, est quelques esprits impatients qui auraient voulu, dès que le Syndicat a été constitué, partir en guerre et obtenir de suite les réformes que nous sommes en droit d'espérer. Mais était-il bien sage d'agir ainsi et de marcher sûrement à autant d'échecs que nous aurions livré de batailles? Ce n'a point été l'avis de la majorité du Syndicat. Elle a pensé qu'il nous fallait tout d'abord faire tous nos efforts pour augmenter le faisceau des médecins syndiqués et donner à notre Association l'autorité du nombre. Pendant le temps nécessaire à l'accroissement de ses forces, notre petit groupe étudiera les questions diverses qui peuvent intéresser le Corps médical; il colligera les preuves d'exercice illégal de la médecine et, le moment venu, il aura une série de documents assez précis pour forcer la main à la justice ou pour nous conquérir l'appui des législateurs dans nos revendications.

Que chacun de nous, chers confrères, se mette donc à la besogne et bientôt, quand de tous les points de la France arriveront, sous des formes diverses, mais avec une même conclusion, les réclamations des médecins demandant la révision de la législation médicale, des modifications à l'exercice de la médecine légale et exigeant une augmentation des honoraires médico-légaux pour les services qu'ils rendent, il faudra bien alors que notre voix soit entendue.

Dès aujourd'hui, messieurs, nous aurons à discuter une résolution prise en principe par divers syndicats: ceux du Médoc, du Lot-et-Garonne et de Baugé (Maine-

et-Loire), qui désirent avoir l'opinion de toutes les Associations syndicales françaises avant de la mettre en pratique.

Il s'agirait, pour les médedecins, de refuser leur concours à la justice pour les expertises médico-légales hors le cas de flagrant délit.

Nous aurons à nous occuper encore des faits de pratique médicale par les sœurs, les communautés religieuses, les curés qui nous seront présentés avec preuves suffisantes à l'appui, je l'espère, par un de nos plus dévoués confrères.

Enfin il nous faudra causer de ces questions que nous retrouvons sans cesse dans nos ordres du jour de chaque réunion jusqu'à ce qu'elles soient résolues à notre satisfaction, je veux parler des rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels et avec les pouvoirs publics.

Je ne terminerai pas, messieurs, sans vous dire la mort regrettable d'un de nos confrères syndiqués: le docteur Chebrouque, notre doyen à tous, était tout désigné pour remplacer prochainement, au fauteuil de la présidence, celui qui s'honore de l'occuper aujourd'hui et qui vous remercie encore une fois de l'y avoir fait asseoir.

Et maintenant, mes chers confrères, procédons à l'élection d'un secrétaire trésorier pour compléter le bureau. Notre honorable confrère, M. le Dr Fayard, a bien voulu, depuis quelques mois, assumer provisoirement les charges et la responsabilité de ces fonctions qui ne constituent point une sinécure. A vous de décider s'il doit remettre à une autre les clefs de la caisse et les registres de nos déibl rations.

— Nous croyons que le *Syndicat des Deux-Sèvres* assurerait son prompt recrutement et son fonctionnement efficace s'il prenait la résolution de créer plusieurs *Cercles régionaux.* Ses réunions seraient faciles, se multiplieraient et les Bureaux de chaque Cercle ou leurs délégués suffiraient pour les Assemblées départementales

II

ARRONDISSEMENT DE GRAY.

Procès-verbal de la réunion.

Les médecins de l'arrondissement de Gray, un mois avant l'assemblée générale qui aura lieu au chef-lieu de département, ont tenu leur réunion au chef-lieu d'arrondissement. Un seul membre, retenu par la maladie n'a pu assister à cette réunion dont le nombre des membres présents (seize), est la meilleure preuve que l'on puisse invoquer en faveur de l'utilité des syndicats médicaux.

Au triple point de vue des honoraires, des renseignements à se communiquer, et de la déontologie confraternelle, la réunion reconnaît que les faits acquis ont surpassé les espérances du premier jour. Aussi peut-on prévoir que, d'ici peu, tous les médecins de l'arrondissement de Gray, à de *rares* exceptions près, feront partie de l'association médicale.

La question du jour: *Rapports avec la justice*, aét é vivement discutée. Après avoir reconnu combien il était difficile d'arriver à un résultat sérieux avant la révision de la loi qui réglemente si mal nos honoraires, la réunion de Gray a adopté à l'unanimité, pour la soumettre à l'assemblée générale à Vesoul, la proposition suivante due au Dr Gourdan-Fromentel, de Champlitte: « *Prendre entre syndiqués, l'engagement d'exiger une réquisition, et dans le cas où cette réquisition refusée serait remplacée par une assignation en témoignage, comme cela est arrivé à notre confrère Pichard, d'Outrey, d'alléguer dans le tribunal qu'on est venu comme témoin, non comme médecin, et de refuser toute déposition, à moins que l'assignation ne porte qu'on est appelé comme docteur-expert.* »

Après la éance, tous les médecins syndiqués sesont réunis dans un banquet pendant lequel la verve intarissable de notre sympathique confrère, le Dr Monin, n'a cessé d'entretenir une franche gaieté. Des toasts ont été portés au syndicat de la Haute-Saône et au *Concours médical* dont tous les membres de l'arrondissement veulent faire partie; puis on s'est séparé en regrettant de ne pouvoir prolonger indéfiniment cette petite fête de la Confraternité.

Dr Degoix.

NOUVELLES

LES FALSIFICATIONS DE LA QUININE DES HOPITAUX.

La 8e chambre correctionnelle, dans son audience du 21 juin, a jugé Henri-Constant Lacombe, droguiste demeurant rue des Francs-Bourgeois, prévenu: 1° d'avoir, en 1882, falsifié des substances médicamenteuses destinées à être vendues; 2° d'avoir, à la même époque et au même lieu, mis en vente des substances médicamenteuses falsifiées, sachant qu'elles étaient falsifiées.

On se rappelle qu'au moment où sévissait, à Paris, la dernière épidémie de fièvre typhoïde l'accusé avait imaginé de remplacer, dans les livraisons qu'il faisait aux hôpitaux, la *quinine* par la *cinchonine*. Cet ingénieux procédé qui permettait de réaliser sans peine de jolis bénéfices, avait, on le comprend facilement, de grands inconvénients pour les malades, et n'a pas non plus réussi à son inventeur. On ne saurait en, effet, réprimer trop sévèrement de pareils actes.

Lacombe a été condamné à *un an de prison* et 50 fr. d'amende. Le tribunal a, en outre, ordonné la publication du jugement dans douze journaux de Paris et son affichage à douze e cmplaires dont un sera placé à la porte du magasin de Lacombe.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur un manuel de l'Assistance publique en province, par le Dr *Daguilhon*. — Paris, Rennes, Oberthur, imprimeur.

La circulation du sang, examen critique de la théorie régnante sur le mouvement circulatoire du sang, et essai sur la théorie par laquelle on doit la remplacer, par le Dr *Ramon-Tucro*, traduit de l'Espagnol par Jules *Robert*, docteur des Facultés de Madrid et de Paris. — Paris, Berthier, 104, boulevard Saint-Germain.

Quelques mots sur les maladies du cœur, des signes de l'anévrisme de l'aorte, par le Docteur *L'huilier*. — Nancy, imprimerie Berger-Levrault.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

7 Juillet 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 27

SOMMAIRE

BULLETIN

La prophylaxie administrative des maladies contagieuses humaines à Paris, tel est le titre de la communication que M. *A. J. Martin* a faite à l'Académie de médecine, communication dans laquelle l'auteur cherche à montrer l'insuffisance du service sanitaire à Paris. Un décès par suite de fièvre typhoïde vient-il à se produire dans un de ces logements malsains surlesquels M. Marjolin a appelé récemment l'attention, il faut au moins trois jours pour que l'administration commence à se préoccuper de ce qu'il y a à faire ; il faut un mois pour qu'elle soit bien certaine qu'on a pratiqué dans le logement une désinfection sommaire; et si une cause d'insalubrité quelconque est reconnue dans ce logement, plusieurs semaines se passent encore avant qu'il puisse y être porté remède.

Le motif de ces lenteurs tiennent à ce que les services sanitaires de Paris sont non-seulement disséminés à la préfecture de police et à la préfecture de la Seine, mais encore sont divisés entre les bureaux de ces deux administrations. C'est ainsi que la police sanitaire appliquée aux épidémies et les établissements classés dépendent d'une division de la préfecture de police, dont les attributions doivent s'exercer sur un grand nombre d'autres sujets tout à fait étrangers à cet ordre de préoccupations, tandis que des attributions essentielles à la police sanitaire lui échappent et appartiennent à diverses autres divisions de cette préfecture, ou même de la préfecture de la Seine. Il est aisé de concevoir, dit M. Martin, que tout ce qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses puisse être réuni en un même service. Cette centralisation, outre qu'elle permettrait de faire exécuter rapidement les mesures urgentes, donnerait aux services sanitaires une unité d'action et de direction qui en rendrait le fonctionnement plus utile et plus régulier.

M. Martin affirme que cette réorganisation pourrait s'effectuer à Paris par voie de décret, sans qu'il soit besoin de modifier les lois existantes ; enfin, comme tous les éléments en existent maintenant, cette réforme n'exigerait aucune dépense nouvelle. — Cette communication est renvoyée à la section d'hygiène.

M. Lagneau, au nom de M. *de Villiers* absent, donne lecture du rapport sur le prix proposé par la Commission permanente d'hygiène de l'enfance pour 1882; la question était la suivante : *Du sevrage et de son étude comparative dans les diverses régions de la France.*

Nous résumons en quelques lignes les principales opinions qui ont été émises sur la question du sevrage :

En thèse générale, l'allaitement de l'enfant au sein doit être prolongé au moins pendant la première année.

Le sevrage d'un enfant allaité au sein ne doit se faire que progressivement, c'est-à-dire après que l'enfant y a été préparé.

Le sevrage progressif s'opère dans les meilleures conditions, quand on soumet d'abord l'enfant élevé au sein à l'allaitement mixte ; mais, autant

que possible, ce premier changement ne doit pas se produire avant le troisième ou le quatrième mois.

Après le sixième ou le septième mois, on peut ajouter au lait des farines, des fécules en potages légers ; vers le douzième mois, on fera usage des œufs, du beurre et du bouillon de bœuf; à dix-huit mois ou deux ans, on permettra les légumes et les fruits et c'est alors seulement que viendra la viande, puis le vin. Les repas devront être fait à des heures régulières et leur nombre sera peu à peu diminué.

Pour sevrer complètement un enfant, il faut choisir : 1° le moment où il est en parfaite santé ; 2° l'intervalle de calme qui sépare deux poussées dentaires; 3° une saison à température moyenne, printemps ou automne.

Nos lecteurs trouveront aux *Nouvelles* les résultats du concours d'agrégation en chirurgie. Parmi les noms des candidats heureux, nous avons le plaisir de relever celui de notre excellent collaborateur et ami le Dr *S. Baudry*, de Lille, dont nos lecteurs n'ont pas oublié les intéressants articles d'ophthalmologie pratique.

C'est avec une vive satisfaction que nous applaudissons au succès si bien mérité de M. *Baudry*, et que nous le prions d'agréer nos sincères félicitations. Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

PÉRITONITES CHRONIQUES.

L'étude des phlegmasies chroniques du péritoine est d'un haut intérêt clinique. En laissant de côté, suivant notre habitude, l'examen des questions anatomo-pathologiques qu'elle soulève, nous nous bornerons à passer en revue les notions qui nous sont indispensables au chevet des malades : les symptômes dont la constatation mène au diagnostic, l'étiologie qui est le meilleur fondement du pronostic, sans omettre les moyens thérapeutiques qui nous permettent, sinon de guérir, du moins de soulager. Lorsque l'inflammation chronique de la grande séreuse péritonéale n'est pas le résultat de l'envahissement progressif, par poussées subaiguës, d'une phlegmasie primitivement cantonnée autour de l'un des viscères abdominaux, cas exceptionnels, son étiologie est dominée par trois causes de fréquence très inégale, l'alcoolisme, le cancer, la tuberculose.

Mais, dans l'immense majorité des cas, les péritonites chroniques sont tuberculeuses. C'est donc à la tuberculose péritonéale que nous allons d'abord nous attacher.

I

La péritonite tuberculeuse peut débuter de plusieurs manières différentes, et, pour la commodité de la description, en faisant exception de cas particuliers où la différence n'est pas si tranchée, on lui reconnait un début lent et insidieux, — c'est le plus commun, c'est le début habituel chez l'adulte — ou un début fébrile aigu, que l'on trouve surtout chez les jeunes sujets. Enfin il est des cas où un phthisique, soigné déjà depuis assez longtemps pour sa tuberculose pulmonaire, présente des signes de tuberculisation du péritoine qui viennent modifier le tableau clinique.

Le *début insidieux* est caractérisé par l'existence, pendant un temps variable, de malaise et de troubles des fonctions digestives : l'appétit est languissant, fait défaut absolument ou est capricieux ; les malades ont du dégoût pour la viande, une soif plus marquée ; dans beaucoup de cas survient une diarrhée, d'abord intermittente, puis continue, consistant par fois en matières glaireuses et sanguinolentes.

Les digestions sont habituellement mauvaises, accompagnées de pesanteur, de gonflement épigastrique, de douleurs abdominales erratiques et de borborygmes. Tous ces symptômes doivent être rapportés, dans la majorité des cas, à l'existence d'une entérite tuberculeuse plutôt qu'à une dyspepsie simple.

Avant même que les symptômes vraiment caractéristiques de la péritonite existent, l'état général mauvais du malade est attesté par un facies altéré, jaunâtre, terreux même, avec des taches pigmentaires comparables au chloasma de la grossesse ou des affections utérines ; par l'amaigrissement et la perte des forces ; par des sueurs nocturnes généralisées ou limitées à l'abdomen et aux membres inférieurs: par des paroxysmes fébriles vespéraux ou liés à la période digestive.

Un moment vient où l'attention du malade et du médecin est plus particulièrement fixée sur l'état de l'abdomen par la permanence des douleurs dont il est le siège ou par l'augmentation de son volume ; parfois par les deux symptômes réunis.

Dans les formes à *début aigu*, la douleur abdominale, les nausées et les vomissements, la fièvre apparaissent simultanément et durent plusieurs jours ou plusieurs semaines, puis se calment, et la maladie continue l'évolution chronique, interrompue de temps à autre par quelques poussées subaiguës.

Quoi qu'il en soit, pour donner un tableau d'ensemble et suffisamment complet de la péritonite chronique tuberculeuse, il convient d'envisager *à la période d'état* les signes physiques que fournit l'examen méthodique de l'abdomen ; car c'est à *l'état local* que nous devons demander les principaux éléments du diagnostic.

L'inspection nous apprend que le *ventre est augmenté de volume*. Il n'est pas rare de constater un *léger œdème de la paroi* abdominale

qui donne aux téguments blafards un aspect lisse et comme vernissé; la pression du doigt y produit de longs plis capillaires qui rayonnent en divergeant du point comprimé, le stéthoscope y laisse une empreinte ou rigole circulaire (G. de Mussy (1)

Outre la tension de la peau, on constate ordinairement, sur la paroi abdominale, des *veines saillantes* qui se dessinent: cette circulation collatérale ou supplémentaire atteste la gêne qu'éprouve la circulation du sang dans les vaisseaux intra-abdominaux.

La forme du ventre est ovalaire à grand diamètre vertical ; elle est susceptible de variations suivant la prédominance de la tympanite ou de l'ascite que nous verrons tout à l'heure être les deux éléments constitutifs de ce ballonnement abdominal. L'inspection nous montre encore quelquefois les *contractions vermiculaires* de certaines anses intestinales agglomérées en paquets et qui ont été comparées, par les classiques, aux mouvements de serpents enroulés.

On palpe cet abdomen tuméfié et l'on éprouve des sensations très caractéristiques avec lesquelles il faut être familiarisé. C'est, en général, une *sensation d'empâtement* : c'est une élasticité incomplète et rénitente, « *comme si l'on enfonçait la main dans une pâte résistante.* » G. de Mussy s'exprime ainsi, ajoutant que Chomel insistait beaucoup sur ce caractère, qu'il avait appris de Bayle.

Cet empâtement est général ; il peut être aussi partiel, et la main qui palpe délimite des tumeurs circonscrites constituées par des anses intestinales agglomérées ou par des paquets de néoplasies inflammatoires. On est frappé par l'immobilité, l'inertie de cet intestin, état si différent de l'état habituel. « On dirait le ventre d'un cadavre. »

Tout en palpant l'abdomen, on peut encore percevoir une sentation de crépitation, due aux froissements des feuillets péritonéaux, tapissés de fausses membranes et de granulations. Quand ces froissements sont très fins, ils rappellent la sensation qu'on éprouve quand on presse entre ses doigts de la neige ou de l'amidon (*crépitation amidonienne.*)

En même temps, l'oreille est frappée par de petits gargouillements, des frémissements superficiels intestinaux qui ont, le plus souvent, leur siège autour de la région ombilicale (*cris intestinaux.*)

La pression, sans être en général douloureuse et insupportable, comme elle l'est à un si haut degré dans la phlegmasie aiguë du péritoine, éveille pourtant une sensibilité anormale, surtout dans les points qui sont le siège des douleurs spontanées. Le meilleur moyen de déceler cette *sensibilité douloureuse*, dont la constatation est utile au diagnostic, consiste à déprimer lentement et assez profondément la paroi, puis à retirer brusquement la main. Mais il n'est pas exceptionnel de constater l'indolence absolue; témoin ce malade, cité par Grisolle, qui, atteint d'une péritonite tuberculeuse manifeste, s'administrait de grands coups de poing dans le ventre pour convaincre les assistants qu'il n'éprouvait aucune douleur.

(1) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, T. II.

Quand la péritonite revêt la forme dite ascitique, c'est-à-dire quand la quantité de liquide contenu dans la cavité péritonéale est en quantité considérable, la palpation et la pression suffiront à révéler une *fluctuation manifeste*, moins nette et moins franche toutefois que dans l'ascite vulgaire de la cirrhose hépatique ; si cette fluctuation n'est perceptible que dans certains points indépendants, on en concluera que la cavité abdominale se trouve cloisonnée par les fausses membranes et les produits tuberculeux en plusieurs loges distinctes.

La percussion, venant confirmer les résultats de la palpation ou les compléter, amène la constatation de *zônes mates et de zônes sonores irrégulièrement disséminées*, sans égard pour les lois de la pesanteur et de la densité des corps, qui font que, dans l'ascite vulgaire, le liquide est accumulé dans les parties déclives et que les intestins pleins de gaz occupent la partie supérieure de l'abdomen.

Les cloisonnements établis par les produits néoplasiques expliquent encore que, en faisant varier le décubitus du malade, on ne puisse modifier qu'à peine ou très lentement la configuration des zônes mates et des zônes sonores.

Dans la *forme ascitique*, les cloisonnements n'existent pas, et parfois les signes ne diffèrent pas de ceux que détermine un épanchement péritonéal mobile, quelle qu'en soit la cause ; cette forme peut être plus difficile à diagnostiquer et si l'ascite est médiocre, demeurer *latente* jusqu'à l'autopsie; elle peut n'être qu'une première étape de l'affection et céder la place ultérieurement à la forme ordinaire.

La *tympanite* peut être parfois très accentuée; elle est causée par la parésie des fibres musculaires de l'intestin, sous-jacentes à la séreuse enflammée (loi de Stokes).

Disons, en passant, que la tympanite, existant à l'état permanent à un haut degré, doit éveiller en clinique trois hypothèses : péritonite chronique, affection organique de l'intestin ou hystérie. Chomel, instruit par Bayle en ceci, conseillait de pratiquer le toucher rectal, qui, plus d'une fois, lui avait révélé des carcinomes du rectum non soupçonnés. Quant à distinguer la tympanite hystérique, accompagnée d'hypéresthésie des parois abdominales et de vomissements intermittents, dont nous avons longuement parlé dans de précédents articles (spurious péritonitis), de la péritonite tuberculeuse, c'est assez souvent malaisé pendant quelque temps. Il peut arriver exceptionnellement, comme nous l'avons vu une fois, qu'une péritonite vraie vienne à paraître chez une hystérique sujette à ces troubles pseudo-péritoniques depuis de longs mois ; c'est alors par un changement rapide de l'état général, par l'amaigrissement, par l'accentuation des signes physiques que l'on peut être averti du danger.

Les SIGNES GÉNÉRAUX de la péritonite tuberculeuse nous arrêteront peu; c'est l'aggravation du

début insidieux. *Vomissements irréguliers, diarrhée* intermittente ou continue, *anorexie, amaigrissement* considérable du tronc, de la face et des membres supérieurs *qui contrastent* lugubrement *avec le développement de l'abdomen* et, parfois, l'œdème des membres inférieurs, lorsque la veine cave inférieure ou les veines iliaques se trouvent comprimées par des masses ganglionnaires dégénérées ou des agglomérations de néomembranes tuberculeuses; — *fièvre hectique, sueurs profuses, couleur terreuse des téguments*, tels sont les traits principaux du tableau.

La terminaison habituelle, c'est la mort, qui se produit plus souvent par la marche des lésions pulmonaires concomitantes ou préexistantes que par l'état de l'abdomen même.

Citerons-nous, parmi les complications, la pleurésie tuberculeuse, la méningite chez l'enfant, la la tuberculose des organes génitaux? Ce sont là des manifestations de la diathèse tuberculeuse sur les autres points de l'organisme. Il faut insister pourtant sur ce fait que la tuberculose frappe plus volontiers les séreuses dans sa forme fibreuse que dans sa forme ulcéreuse.

Il est une variété clinique dans laquelle la plupart des grandes séreuses sont envahies simultanément par les granulations tuberculeuses, et que M. Empis a fort bien décrite sous le nom de granulie à forme typhoïde, tout en adoptant des théories anatomiques très discutables. La péritonite tuberculeuse revêt parfois cette *forme typhoïde.*

Méritent plutôt le nom de COMPLICATIONS les accidents suivants, que nous nous contentons d'énumérer : *perforation de l'intestin; perforation de l'ombilic* chez les enfants et évacuation de pus par cette voie; *étranglement interne*, causé par la paralysie de certaines parties de l'intestin ou les inflexions brusques des anses comprimées par les néomembranes; communication anormale du gros intestin avec un point élevé de l'intestin grêle déterminant une *lientérie* épuisante; *anasarque* par lésions rénales; *dysurie*; douleurs liées à une *déviation utérine, sciatique* rebelle, etc.

Dans une étude récente (1), notre distingué confrère et ami, le Dr Delpeuch s'est appliqué à établir l'existence de deux formes très tranchées de péritonite tuberculeuse; une *forme précoce* propre à la jeunessse et à l'enfance, d'un diagnostic toujours facile, et d'un pronostic moins inexorable; une forme *tardive* dont la cause primordiale serait souvent *l'alcoolisme.* Celle-ci survient chez l'adulte, le vieillard; elle est d'un diagnostic très difficile. — « L'alcoolisme est une cause puissante de tuberculisation, il est une cause possible de phlegmasies chroniques; enfin, de toutes les membranes séreuses, c'est le péritoine qu'il doit atteindre en premier lieu. Les branches d'origine de la veine-porte rampent sous la séreuse, et celle-ci s'irrite, s'enflamme au contact d'un sang toxique, comme fait le tissu cellulaire de la glande hépatique. La coexistence de la cirrhose atrophique et de la péritonite chronique simple est fréquente, sans qu'on puisse admettre de propagation par l'intermédiaire d'une périhépatite souvent absente (1). Les deux lésions ont la même origine et la même date. La coïncidence de cirrhose alcoolique et de péritonite tuberculeuse n'est pas rare non plus (2). »

(1) Essai sur la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte. 1883.

II

La PÉRITONITE CANCÉREUSE présente un très grand nombre de traits de ressemblance avec la péritonite tuberculeuse; ce sont les caractères propres à toute péritonite chronique : troubles digestifs d'abord lents et insidieux, puis à marche rapide ensuite; tuméfaction de l'abdomen, mélange d'ascite et de tympanite attesté par des zônes de matité et de sonorité irrégulièrement délimitées, etc.

Un cas d'un diagnostic assez difficile, c'est celui où les intestins sont maintenus fixés au rachis par des adhérences et sont recouverts en avant par le liquide épanché (G. de Mussy).

Les traits propres à la péritonite cancéreuse sont surtout des *symptômes généraux plus accentués* dans le sens de la cachexie : *l'amaigrissement* plus précoce, rapide, *teinte jaune paille, l'infiltration précoce des membres inférieurs.* Cet œdème se montre souvent d'abord à la racine des cuisses, il est causé alors par les thromboses qui se forment dans les veines du bassin (Bucquoy).

Au début, il existe plutôt de la constipation, plus tard s'établit une *diarrhée colliquative* et incoercible.

L'ascite est généralement *très abondante*, et d'après la plupart des auteurs contient presque toujours une *certaine quantité de sang.*

Il fut même une époque où l'on admettait que le cancer des séreuses déterminait fatalement un épanchement hémorrhagique dans celles-ci. Mais il est démontré aujourd'hui que la présence d'un liquide sanguinolent, retiré par la ponction de la plèvre ou du péritoine, n'atteste pas nécessairement l'envahissement de ces cavités par le cancer, Car des néomembranes, riches en vaisseaux jeunes et friables, peuvent donner lieu à des hémorrhagies suivant un mécanisme bien étudié par Virchow (pachypéritonite, pachypleurite hémorrhagiques). Inversement, on a plus d'une fois retiré par la ponction un liquide pleural ou ascitique purement séreux, alors que la production de cet épanchement était causée par des granulations cancéreuses.

Le cancer du péritoine est *rarement primitif*, de sorte que l'examen attentif des viscères abdominaux (foie, estomac, rate, utérus et rectum) pourra révéler une dégénérescence cancéreuse de l'un d'eux et permettre de rapporter à la vraie cause la péritonite chronique dont l'ascite et la tympanite auront fait affirmer l'existence. *L'examen des ganglions* accessibles à la palpation ne doit pas être négligé, puisque leur tuméfaction, leur hypertrophie est un des meilleurs signes de

(1) Manolesco. Lésions du péritoine dans l'alcoolisme. 1879.

(2) De la péritonite chronique d'emblée. Tapret. 1879.

la dégénérescence des organes d'où partent leurs vaisseaux lymphatiques afférents.

III

« Le DIAGNOSTIC des péritonites chroniques, dit M. G. de Mussy, sera fondé sur l'observation attentive de l'évolution de la maladie, sur l'absence ou l'existence de lésions tuberculeuses ou cancéreuses appréciables dans d'autres organes, sur l'étude du terrain constitutionnel et des conditions héréditaires.

Dans la péritonite chronique qui a pour point de départ une lésion des organes pelviens, outre les renseignements fournis par la marche de la maladie, par les localisations morbides qui l'ont précédée, par le toucher vaginal et rectal, la physionomie de la maladie n'est pas en tous points celle des péritonites qui ont une autre origine: le travail morbide a toujours son foyer principal dans le bassin, c'est là qu'on trouve les rénitences les plus accentuées, la sensibilité la plus vive.

On ne confondra pas la péritonite chronique avec l'étranglement interne. On trouve dans celui-ci la tympanite, les douleurs, les vomissements qui peuvent accompagner la péritonite; mais l'absence complète des évacuations intestinales, la marche aiguë des symptômes, l'anxiété plus grande, l'apyrexie au début, l'immobilité des anses intestinales distendues sans empâtement, les commémoratifs rendront le diagnostic facile, à moins que l'étranglement, ce qui peut avoir lieu, ne vienne compliquer la péritonite; mais, dans celle-ci, les évacuations gazeuses et liquides ne manquent pas aussi complètement et aussi opiniâtrement que dans l'obstruction intestinale.

Dans l'entérite tuberculeuse, on ne trouvera ni l'empâtement, ni l'immobilité des anses intestinales; le météorisme est moins prononcé, la sensibilité limitée au trajet du colon et aux fosses iliaques.

Le développement anormal du ventre, fréquent chez les enfants rachitiques, est globuleux, mou, sans élasticité ni rénitence.

Dans le carreau (tuberculose des ganglions mésentériques), on sent assez nettement par la palpation profonde les masses ganglionnaires arrondies situées au devant du rachis.

IV

Le TRAITEMENT doit être général et local.

Ranimer les fonctions digestives, combattre la diarrhée, soutenir les forces par un régime alimentaire tonique et reconstituant, sont les indications de premier ordre, par conséquent, le régime lacté, les poudres de viande, les peptones, le phosphate de chaux, le quinquina seront tour à tour employés.

Grisolle pensait que les malades tirent grand profit des bains sulfuro-alcalins.

Mais il voulait surtout qu'on insistât sur les révulsifs; il faisait appliquer une série de vésicatoires volants, qu'on peut faire alterner avec les topiques iodés, les pommades et les fomentations narcotiques.

M. Guéneau de Mussy emploie souvent une pommade ainsi composée:

Axonge	40 grammes.
Extrait de ciguë	6 —
— de jusquiame	ââ 3 grammes.
— de belladone	ââ 3 grammes.
— thébaïque	ââ 3 grammes.
Iodure de potassium	4 grammes.
Camphre	2 —

On peut combattre la tympanite par des cuirasses de collodion rendu élastique par l'addition d'huile de ricin, favoriser la résorption de l'épanchement par une douce compression à l'aide d'une ceinture de flanelle, et, enfin, si l'ascite est assez considérable pour gêner la respiration, évacuer le liquide par des ponctions aspiratrices.

Paul GERNE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

DÉONTOLOGIE.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que je viens de m'installer à X..., pour y exercer la médecine et la chirurgie.

L'expérience que m'a fait acquérir une pratique de plusieurs années et les fruits que j'ai recueillis de mes études médicales près la Faculté de Paris me font espérer que je saurai mériter votre estime et gagner votre confiance, si j'ai l'honneur d'être appelé à donner mes soins, soit à vous, M...., soit à une personne de votre famille ou de votre maison.

Ce dont je puis vous assurer à l'avance, en dehors de mon activité et de mon exactitude, que vous pourrez toujours mettre à l'épreuve, c'est que je ne me relâcherai jamais du dévouement que je dois à mes malades, et sans lequel, du reste, à mon avis, notre profession ne pourrait s'exercer honorablement.

Veuillez agréer, monsieur, l'assurance de mes sentiments distingués, X.

Docteur-médecin.

Je suis descendu provisoirement à l'hôtel du... et vais m'installer à bref délai dans une maison que j'ai louée en face le bureau de poste.

Tous nos lecteurs seront frappés, comme nous, du manque de dignité que renferme ce prospectus, dont se plaint vivement et à juste titre un de nos correspondants. Un médecin qui succède à un autre, peut en aviser les clients de son prédécesseur. Un médecin qui s'établit en concurrence avec un médecin en possession d'une clientèle, a-t-il même le droit d'envoyer sa carte aux clients de son concurrent? C'est une question sur laquelle nous appelons l'attention des syndicats.

II

L'Association des médecins de France et la caisse de pensions des médecins belges.

Les questions professionnelles si souvent soulevées et si rarement résolues, reprennent aujourd'hui un regain d'énergie, grâce à la stupéfaction produite dans le monde médical par les résultats merveilleux d'une institution de secours mutuels : la Caisse des pensions des médecins belges. Devant ces résultats, un parallèle ne pouvait tarder à s'établir entre notre association des médecins de France, et la caisse de pensions des médecins étrangers. Le *journal de Médecine de Bordeaux*, la *Gazette hebd. des sciences méd.*, le *Concours médical* ont fait, à ce sujet, une comparaison qui, au point de vue pécuniaire, n'est point en faveur de l'association française tout en reconnaissant que celle-ci, avec ses statuts et son organisation actuelle, donne des résultats relativement satisfaisants.

Il y a dans le caractère du médecin francais, à son honneur, disons-le, un certain côté chevaleresquement apôtre qui le fait renâcler bruyamment au mot bourgeoisement commercial *d'intérêts*. Mais bien souvent ces apôtres du désintéressement professionnel sont ceux qui possèdent une fortune suffisante, en dehors de la clientèle, pour mettre à l'abri de l'infortune eux et leur famille. Ce sont les *veinards* de la profession, suivant l'expression pittoresque du Dr Corriveaud. Parlent-ils donc au nom du *tiers-état* médical, le plus nombreux, celui sur qui pèsent les plus lourdes charges ? Serait-ce forfaire à l'honneur et à la charité confraternelle, que de retirer pour soi un profit d'une œuvre qui permet de soulager tant de misères? Les ouvriers, plus prévoyants que nous, trouvent le moyen, par leurs sociétés de secours mutuels, de se ménager pour leurs vieux jours une retraite assurée. Il est vrai qu'ils prélèvent sur leur modeste paye une somme bien plus élevée que celle que nous versons à titre d'aumône à l'Association. Se fondant sur les bons résultats de l'épargne mutuelle, les médecins belges ont créé leur caisse de pensions de retraite et une caisse de secours contre le chômage et la mort, ces deux redoutables ennemis de tant de confrères qui vivent au jour le jour.

En 1869, sur l'initiative du Dr Schœnfeld, de Bruxelles, des médecins, pharmaciens et vétérinaires belges se réunissaient en assemblée générale pour fonder une caisse de pensions. Ils étaient 230. Chaque membre au-dessous de 40 ans versait une cotisation annuelle de 50 francs ; à partir de cet âge, la cotisation était portée à 100 francs. La retraite, donnant droit à la pension, était fixée à 65 ans. — Cependant des pensions pouvaient être accordées en cas de maladie et en cas de décès du pensionnaire; celles-ci étaient reversibles sur la veuve, les orphelins ou les ascendants. Le capital et les revenus devaient être réservés pendant 10 ans. — A la 10e année le capital montait à 495,000 fr. ; des frais divers prélevés, restaient 49,084 fr. à distribuer en pensions. — En 1882, le capital se chiffrait par 533,468 fr. ; le nombre des membres était de 469, les décès et les démissions ayant supprimé 142 membres. Restait 49,910 fr. que se sont partagés 88 pensionnaires. Chacun de ceux-ci, pensionnés de droit, a touché 567 fr. 10 c. — Donc, depuis deux ans, les pensionnaires se sont partagé 99,074 fr. ; chacun ayant touché 1,239 fr. pour un capital versé de 1,200 fr. en 12 ans (*Tribune*). — A côté de cette caisse de pensions, il y a aussi une caisse de secours alimentée par des dons volontaires et abandon de pensions, destinée aux confrères malheureux, aux veuves et aux orphelins.

M. Durand-Fardel, dans son rapport sur les pensions viagères pour l'exercice de 1883, ne refuse point à cette organisation un haut caractère de prévoyance et de solidarité, mais, suivant lui, il n'y a aucun rapport à établir entre cette institution purement financière et l'association française qui est une institution de fraternité, parce qu'elle existe en dehors de toute prévision personnelle. N'en déplaise à l'honorable rapporteur qui exalte la force et la grandeur de notre association comparée à *l'opération financière* des médecins belges, il nous semble excessif de rabaisser à ce niveau exclusivement commercial, une institution qui pensionne des veuves et des orphelins, donne des secours en cas de maladie, et n'a que le tort d'assurer de droit à ses membres une somme suffisante pour vivre quand l'âge et les infirmités ou la maladie viennent mettre fin à une carrière laborieusement remplie. Si l'on compare les sommes fatalement dérisoires des pensionnés de l'association française à celles des pensions belges, il faut bien reconnaître la supériorité de cette institution. Or, si celle-ci a un caractère moins grandiose, elle, a le mérite vulgaire, mais appréciable, d'être infiniment plus pratique. — C'est bien là l'opinion par MM. les docteurs Lande et Verdalle. (*Journal de méd. de Bordeaux*) Corriveaud (*Tribune médicale*) et Ordonneau (*Concours méd.*) opinion que nous partageons entièrement et que partagerait certes la majorité de nos confrères, s'il ne voyaient de grandes difficultés dans le remaniement des statuts de l'Association française — Or, pour nous, ce remaniement n'est nullement nécessaire et les deux institutions : caisse de secours représentée par l'Association et caisse de retraite (institution à fonder), peuvent marcher parallèlement en suivant des voies aussi manifestement utiles et se complétant nullement. En effet, l'organisation belge comprend : la caisse des pensions de retraite et la caisse de secours. — Nous avons la caisse de secours représentée par l'association française des médecins, qui avec les faibles ressources dont elle dispose trouve le moyen non pas de faire vivre, mais d'empêcher de mourir de faim 284 pensionnaires ou veuves et orphelins. Or, cela n'est pas suffisant, et puisque nous reconnaissons l'avantage de l'organisation de nos confrères belges, sous le rapport de la caisse de pension de retraite, fondons cette caisse dont nul ne conteste les avantages.

Le débat actuel vient de ce que l'on semble tenir à ce que ce soit l'Association des médecins qui se charge de cette organisation. Or, cela n'est nullement nécessaire. Qu'elle soit due aux sociétés locales ou aux syndicats, nous sommes persuadés qu'un jour ou l'autre elle arrivera a fusionner avec la grande Association, de même que celle-ci, après avoir pris naissance dans la Gironde, a fini par absorber les Sociétés locales de tous les départements.

Reste un point qui semble la grosse objection des partisans du *statu quo* ; c'est le montant élevé de la cotisation des médecins belges, 50 et 100 fr. — A cela nous répondrons : que ceux qui ne peuvent verser une somme supérieure à 12 francs continuent à la verser à l'Association des Médecins. — Mais que ceux pour qui pour cette somme est une aumône inscrite au chapitre : bonnes œuvres, tout en continuant à la verser à l'Association, déposent à la caisse de retraite cette somme si modique de 50 à 100 francs, qui. loin d'être perdue, leur offrira les bénéfices d'une assurance sur la vie avec cette avantage en plus que le chômage est garanti. Enfin que nos confrères les plus fortunés n'hésitent pas à faire le sacrifice de cette petite somme qui peut assurer à tant de confrères vieux et infirmes une retraite honorable.

Donc, c'est aux société locales ou au syndicats à prendre l'iniative de ce généreux mouvement dont, après tout, nos collègues doivent tirer profit. Que l'élan soit donné et l'on sera surpris de voir le nombre considérable d'adhérents que réunira le projet d'une caisse de retraite. Rien ne s'opposerait du reste à imiter les médecins belges et à convier à la réussite de l'œuvre les vétérinaires et les pharmaciens.

Il vaut mieux en général ne point toucher à une institution qui fonctionne bien et qui a fait ses preuves. Aussi nous doutons que le projet du Dr Coriveand, de Blaye, relatif à la réforme des statuts de l'Association des médecins de France, ait des chances de réussite.

. . . .

Laissons l'Association telle qu'elle est, mais que chaque société locale étudie l'organisation de la caisse de retraite et réunisse des adhérents en nombre suffisant. Dès ce jour nous n'aurons plus rien à envier à nos confrères belges.

Dr J.-E. Chenantais

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX AMÉRICAINS

L'asthme de foin et sa cure radicale, (*The N. Y. med. Journ. May. 12, 19, 1883.* — L'asthme de foin ou asthme d'été, est une maladie très peu étudiée en France, mais qui est très connue et très commune en Angleterre et en Amérique. — Le 15 juin dernier, alors que je venais de lire le travail que j'analyse ici, le fait suivant se présenta à mon observation :

Madame F. quarante-quatre ans, bien constituée et bien portante d'ordinaire, vient me consulter en proie à une vive suffocation ; ce n'est qu'avec peine qu'elle peut parler. On entend à distance des sifflements qui se passent dans sa poitrine, et, à l'auscultation, on perçoit des râles sibilants, dans toute l'étendue des deux poumons. Madame F. tousse de temps en temps et a une expectoration muqueuse. Le début de son affection date de deux jours : le 15 elle est allée faner du foin et c'est le lendemain qu'elle a commencé à étouffer. L'étouffement a été précédé d'éternuements répétés, et d'une abondante sécrétion nasale. — Il y a très peu de rougeur des fosses nasales, mais une rougeur assez prononcée de l'arrière-gorge.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que, l'an dernier et il y deux ans, les mêmes accidents se sont produits à peu près à la même époque, mais n'ont pas présenté la même intensité.

Tous ceux qui ont écrit sur l'*hay asthma* sont unanimes à dire que c'est une maladie singulière dont la pathogenie et le traitement efficace sont également inconnus. Ce sont ces deux questions que vient élucider le Dr Roe dans une lecture faite à *The Medical Society of the state of New-York.* D'après cet auteur, cette ignorance ne vient pas du manque d'observations prises avec soin, mais de ce qu'on a, en étudiant les causes, laissé de côté leurs relations avec les tissus des narines et qu'on n'a pas pris en considération les conditions particulières qui rendent ces tissus susceptibles aux influences morbigènes. Aucune observation ne relate l'examen des fosses nasales, et cela est très curieux, quand on sait la quantité de travaux qui ont été publiés depuis quelques années pour élucider les causes et les moyens de guérison du coryza chronique. Or ces travaux ont abouti à faire connaître que l'on peut supprimer la cause de presque toutes les formes des maladies du nez réputées incurables jusqu'alors, et, partant, guérir ces maladies. Ces études ont révélé également les relations qui existent entre les affections des cavités nasales et les troubles produits dans d'autres organes souvent éloignés — relations qui n'étaient pas même soupçonnées. — Dès lors il est facile de démontrer que la cause de l'*hay fever* n'est pas due seulement à un excitant spécial, qui affecte certains individus d'une manière particulière, mais aussi à une susceptibilité des tissus des narines ; que cette susceptibilité est causée par une maladie manifeste ou latente ; que la destruction des tissus malades supprimera la susceptibilité ; que les symptômes qui semblent être de nature constitutionnelle, et qui ont valu à cette maladie d'être classée parmi les névroses, résultent simplement de l'irritation de la membrane de Schneider, irritation qui est réfléchie aux autres organes placés sous la dépendance du systeme sympathique.

Trois théories ont eté émises sur le développement de cette maladie. La plus ancienne, et celle qui est le plus généralement acceptée, veut que l'inhalation du pollen de certaines plantes produise une irritation dans les cavités du nez, irritation qui réagirait sur les autres organes. Cette théorie expliquerait pourquoi l'*hay fever* coïncide avec la fauchaison et la fanaison des foins.

En 1868, Helmholtz découvrit dans les sécrétions de son propre nez, pendant une attaque d'asthme de foin, des vibrions qu'il incrimina aussitôt. Enfin Beard, en 187?, a pris l'effet pour la cause, et a attribué une cause constitutionnelle à cette affection et l'a décrite comme une névrose. Une cause constitutionnelle est incapable d'expliquer le retour annuel de l'*hay fever,* dans la même saison, souvent le même jour ou à la même heure, chez

une personne n'ayant aucun trouble nerveux dans le reste de l'année; tandis que ce retour est très bien expliqué par la théorie pollinique. Tous les botanistes savent, en effet, avec quelle précision les plantes fleurissent chaque année; et c'est aussi un fait connu que si on envoie les malades dans un port de mer ou dans une région montagneuse, ils restent complètement indemnes. Bakeley, par de patientes recherches, a trouvé que, pendant les mois d'été, l'atmosphère de certaines localités, souvent à une hauteur de 1000 à 1500 pieds, contient des grains de pollen, et qu'une portion de cette substance même inférieure à 1/200 de grain, appliquée sur la muqueuse nasale de certains individus, cause en cinq minutes l'occlusion des narines, des éternuements et du larmoiement. C'est surtout le pollen des graminées qui possède ce pouvoir.

Il y a sur les cornets inférieurs et sur la cloison, un tissu très vasculaire analogue au tissu érectile des corps caverneux et que le professeur Bigelow, de Boston, a nommé *turbinated corpora cavernosa*. Ce tissu érectile est sous la dépendance des vaso-moteurs et est excessivement impressionnable, non seulement aux sensations directes, mais encore à des sensations éloignées, telles que celles qui résultent d'un courant d'air froid sur une partie quelconque du corps.

Une maladie légère, ou une hypertrophie de ce tissu le rendra plus susceptible, et c'est alors que son irritation pourra produire l'*hay fever*.

Une irritation violente de la membrane de Schneider sur les animaux, produit une congestion du larynx et du poumon. Voltolini a vu des polypes du nez causer des accès d'asthme. Enfin beaucoup d'auteurs pensent que l'irritation des fibres terminales des nerfs du nez sont la cause d'un certain nombre de cas de cette maladie.

Ce qui prouve bien que l'hypertrophie chronique de la muqueuse nasale est en rapport de causalite avec l'*hay fever*, c'est que toutes les fois qu'on détruit le tissu morbide, le malade n'est plus exposé à ses attaques; c'est que, lorsque la maladie du nez n'est qu'améliorée, les accès reviennent, mais moins forts. D'un autre côté, dans tous les cas d'*hay fever*, il y a hypertrophie ou hyperesthésie de la muqueuse; et de même que cette hypertrophie est la cause du catarrhe nasal, de même. l'*hay fever* sévit surtout dans les régions où il y a prédisposition aux maladies catarrhales, et où les conditions atmosphériques sont les plus propres au développement de cette hypertrophie.

L'auteur cite plusieurs observations. Tous les sujets chez lesquels on a détruit les tissus malades ont été les années suivantes exempts des attaques d'*hay fever*. Le Dr Roe se sert dans ce mode de traitement du galvanocautère et de l'écraseur.

* * *

De quelques effets produits par les polypes du nez chez les enfants, *par le Dr Jacobi. (N.-Y. med. Journ. april, 7, 1883).* — Il m'a paru intéressant de rapprocher du travail précédent deux cas rapportés par le Dr Jacobi à la *Société obstétricale de New-York.* Il s'agit de deux enfants, l'un de sept ans, l'autre de trois, qui présentaient tous les deux des accès d'asthme avec paroxysmes nocturnes. Le Dr Jacobi n'hésite pas à attribuer ces accès à la présence de polypes du nez. Après l'opération, les accès ont été insignifiants.

Dr Edmond CHAUMIER.

REVUE CLINIQUE

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. DEPAUL.

I. Insertion vicieuse du placenta, hémorrhagies, lenteur du travail, mort de l'enfant. — II De la brièveté du cordon ombilical.

1. Nous avons en ce moment une accumulation de faits intéressants, mais comme il m'est impossible de vous parler de tous en une seule séance, je vous entretiendrai aujourd'hui de ceux qui me paraissent le plus importants.

Tout d'abord je vais vous citer la femme couchée au numéro 9 et dont l'enfant est mort pendant le travail. Il a succombé à une hémorrhagie de la mère résultat d'une insertion vicieuse du placenta. Il pesait environ 2,300 grammes. Cette femme était enceinte de huit mois, vivant chez elle tranquille, bien portante, sans fatigues, lorsqu'elle a senti tout à coup, un certain jour, couler un peu de sang le long des cuisses; elle s'est mise immédiatement au lit, où elle aurait dit-elle, sali très rapidement deux gros draps. Assez effrayée de cet accident, elle s'est fait transporter ici presque aussitôt après.

A son arrivée, le travail était déjà commencé et le col était effacé. — Je ne dois pas omettre de dire qu'elle avait eu déjà trois grossesses antérieures, terminées par deux fausses couches et la naissance d'un enfant à terme. — Je l'ai examinée dimanche matin, et ma première pensée a été qu'il s'agissait d'une insertion anormale du placenta, il s'écoulait du sang comme cela n'a pas lieu dans un accouchement régulier. Il est, du reste, je le répète, de la plus haute nécessité de savoir que, lorsqu'une femme en travail perd du sang, il se passe quelque chose d'anormal dont on doit chercher la cause.

Bref. cette femme est restée sans accoucher pendant quarante-huit heures, par suite de la lenteur du travail, de contractions utérines irrégulières, plus longues que d'habitude quoique insffisantes, comme dans certaines présentations ou dans certains vices de conformation du bassin. Cependant la dilatation du col ayant augmenté et l'écoulement sanguin continuant, Mme de Soyre a rompu les membranes dans la soirée du second jour, comme c'était indiqué, du reste, dans un travail aussi languissant, parce qu'en pareil cas il arrive assez souvent que cette rupture des membranes accélère le travail et hâte la terminaison de l'accouchement. C'est précisement ce qui est arrivé ici. L'expulsion du produit de la conception s'est faite rapidement, mais l'enfant était mort. Le placenta n'avait pas sa forme ordinaire, il était ovalaire et présentait un gros caillot sur une sorte de prolongement, c'est à dire au point où l'hémorrhagie s'était produite. De plus, en examinant les membranes, on a pu voir que l'œuf s'était ouvert vers sa partie inférieure, que la déchirure était très voisine de l'insertion vicieuse du placenta.

Quant à la femme, une complication est survenue dans sa santé générale; nous avons trouvé, ce matin, une pneumonie accidentelle qui remonterait à deux ou trois jours; son état est assez inquiétant mais il n'est pas désespéré.

II. Nous avons eu aussi deux cas intéressants au point de vue du cordon ombilical. Dans l'un, il formait quatre circulaires autour du cou; il est vrai de dire qu'il était d'une longueur beaucoup blus grande que d'habitude il mesurait 1m, 07. L'enfant est né vivant.

Dans le second cas, nous avons constaté une exagération dans le sens opposé, c'est-à-dire une brièveté excessive. Le cordon mesurait seulement, du placenta à

l'ombilic, 27 centimètres. Néanmoins il ne paraît avoir produit, dans l'espèce, rien de fâcheux, bien qu'il ait à peine la longueur suffisante, si le placenta s'insère tout au fond de la matrice. Que se passe-t-il donc ordinairement en pareille circonstance ? L'accouchement commence. Si, d'une part, la matrice tend à revenir un peu sur elle-même, d'autre part le nombril de l'enfant se trouve un peu plus bas placé ; or il faudrait, dans ces conditions, que le cordon eût une longueur moyenne de 39 à 40 centimètres, à moins que, l'accouchement marchant très vite, les tiraillements n'aient que peu le temps de se produire.

J'ai vu de nombreux cas où la brièveté du cordon a amené des accidents fort graves ou tout au moins des phénomènes très douloureux. En effet, les contractions utérines amènent des tiraillements du cordon qui retentissent douloureusement sur la matrice et provoquent des douleurs spéciales. tout à fait différentes de celles de l'accouchement. Cette brièveté du cordon peut aussi déterminer des modifications dans les contractions utérines, rendre le travail lent, pénible ; d'autres fois aussi elle donne lieu à de petites plaies, d'où une tendance aux hémorragies. D'autres fois l'accouchement se termine par la naissance d'un enfant mort, et si l'on vient alors à examiner le placenta, on aperçoit à sa face fœtale des caillots résultant de son décollement par les tiraillements exercés naturellement sur le cordon.

C'est ainsi qu'il y a quinze ou dix-huit mois, j'étais auprès d'une jeune femme chez laquelle tout allait à souhait, lorsque dans un dernier toucher je vis mon doigt teinté de sang, en même temps qu'il s'écoulait un peu de sang le long des faces internes des cuisses. Le fait était quelque peu inquiétant. J'observai pendant vingt minutes la marche du travail ; rien ce particulier ne se manifestait ; mais le stéthoscope appliqué, à travers les parois abdominales de la mère, sur la région précordiale de l'enfant, m'indiqua un certain trouble dans la circulation fœtale, des battements du cœur plus faibles et mons frequents. Toutes les trois ou quatre minutes je continuai à ausculter l'enfant jusqu'au moment où reconnaissant que sa vie était en danger, je dus intervenir avec le forceps pour terminer l'accouchement. L'enfant vint au monde dans l'état de mort apparente, et ce n'est qu'après d'assez grandes difficultés que je parvins à le ranimer. Le cordon était d'une longueur bien audesous de la normale. (*Gaz. des hôp.*)

COURRIER

Belladone et éruptions médicamenteuses.

Monsieur le directeur en chef,

Permettez-moi d'abord de vous exprimer tout l'intérêt que je trouve à notre cher journal, et aux articles scientifiques qui y sont publiés. Dans une de ces revues si condensées et si pratiques, dont Paul Gerne a le secret, je lis n° 11, 1883, page 124 : « Une simple friction avec la pommade mercurielle belladonée a été quelquefois suivie du double phénomène d'une éruption vésiculeuse localisée au point frictionné et causée par le mercure, en même temps que d'un rash scarlatiniforme généralisé et consécutif à l'absorption de la bellad . e. »

J'ai ustement observé un cas semblable avec complications délirantes, et une particularité remarquable, qui m'a induit en erreur, pendant un jour, l'absence de dilatation pupillaire.

Le sujet âgé de dix-huit ans, bien constitué, est pris d'une angine catarrhale, avec fièvre modérée, céphalalgie. Les piliers du voile du palais, la luette, les amygdales sont rouges.

PRESCRIPTION : séjour au lit, gargarismes chauds au tannin, frictions quatre fois par jour aux angles des mâchoires avec la pommade :

Onguent hydrargyrique double......	20 gr.
Extr. de belladone..................	2 gr.

f. s. a. une pommade.

Notez, que je fais un usage très fréquent de cette pommade qui, généralement produit un effet curatif le deux ou troisième jour, quand « l'éruption vésiculeuse sur fond rouge » est produite. Elle s'était bornée, jusqu'à ce jour, à ce bienfaisant effet.

Le lendemain, mon malade va un peu mieux de sa gorge, il avale, dit-il, plus facilement sa salive : j'examine la gorge, j'aperçois plusieurs taches blanches sur les piliers et les amygdales, je les cautérise au nitrate d'argent.

PRESCRIPTION : *ut suprà*, continuer les frictions, prendre en plus une potion :

Poivre cubèbe pulvérisé............	2 gr.
Sirop diacode........................	60 gr.
Sirop de menthe.....................	200 gr.

f. s. a. De quatre heures en quatre heures une cuillerée à bouche.

Le lendemain, la nuit est très agitée, le malade délire sans cesse, voit des voleurs qui viennent ouvrir l'armoire, il veut se jeter par la fenêtre, il veut tuer son frère en ce moment absent; on a peine à le maintenir. Le pouls est toujours à 80, la gorge en bon état, les taches blanches ne se sont pas reproduites. Le malade me parle avec une brusquerie qui ne lui est pas habituelle, car il est bien appris. Son corps est couvert d'une éruption rouge, uniforme, généralisée.

La pupille est contractée. Le peu de fréquence du pouls détourne de l'idée de la scarlatine, ainsi que l'absence de vomissement : d'un autre côté, l'angine ayant précédé l'éruption d'un jour, et la scarlatine étant la fièvre éruptive à période d'invasion la plus courte, je suis vraiment dérouté.

PRESCRIPTION : Julep calmant à l'eau de laitue, suspendre les frictions, gargarismes au jus de citron.

Je demande s'il n'y a pas dans la famille d'antécédents nerveux ou d'aliénation.

Le lendemain, l'agitation a persisté, le délire a été un peu moindre; il m'a reconnu, du reste, à chaque visite.

L'éruption scarlatiniforme a disparu, la prunelle est toujours contractée. Cherchant dans les affections qui pouvaient produire pareille symptomatologie, je ne pouvais concilier les divers éléments contradictoires : pouls modéré, éruption généralisée, délire intense; enfin l'absence de dilatation pupillaire. Je repassais la composition des potions. La potion au cubèbe et sirop diacode avait été à peine prise au tiers, la potion

à l'eau de laitue était inoffensive. Alors je pensai qu'il fallait accuser la pommade, mais que de doutes! Je l'avais souvent prescrite, même chez les femmes; l'une de mes clientes très sujette aux maux de gorge, a continuellement cette pommade chez elle, et en use à plaisir. Puis, est-ce que la peau absorbe? que n'a-t-on pas accumulé d'expériences pour ou contre? n'est-ce pas Rabuteau qui a dit : la peau n'absorbe que ud gaz et des vapeurs. Cependant, la belladone servait aux anciens à produire l'insensibilité locale, et puis cette vapeur émise par le mercure à la température ordinaire, et qui traverse la peau, cette vive congestion témoignée par l'éruption, ne sont-ce pas des causes éventuelles d'absorption? J'avais remarqué que la teinture d'iode morphinée était un bon calmant, peut-être encore parce que les vapeurs d'iode pénétrant la peau, entraînent quelques parcelles de morphine.

Mais, et l'absence de la dilatation de la pupille? Bref, je prends le parti de l'empoisonnement atropinique, je prescris, potion :

Extrait thébaïque.............	10 centigr.
Julep..	100 gr.
Sirop de fleur d'oranger.......	40 gr.

De demi-heure en demi-heure une cuillerée à bouche.

Vésicatoire; le soir, tout délire avait disparu.

Dans cette dernière indication, j'ignore encore le problème irrésolu de l'antagonisme de l'opium et de la belladone. Ce fait peut lui venir en aide.

Dr Gilbert Trapenard,

(*Médecin de l'hôpital de Gannat, secrétaire de la société des sciences médicales de Gannt*).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du phagédénisme tertiaire. — Les bases du traitemeut du phagédénisme tertiaire sont, d'après Fournier, les suivantes : 1° iodure de potassium, à la dose de 3 à 6 grammes par jour; — 2e pansement occlusif avec bandelettes entrecroisées de sparadrap de Vigo; — 3° balnéation répétée. Au début, pendant quelques jours, un bain tiède quotidien d'une heure de durée; plus tard, un bain tous les deux ou trois jours. Le pansement occlusif doit être pratiqué immédiatement au sortir du bain, et laissé à demeure jusqu'au bain suivant. — Aidé du repos et de l'hygiène, ce traitement suffit habituellement à la guérison du phagédénisme tertiaire. Si on se décide à y adjoindre le mercure, on doit se borner à le prescrire exclusivement sous forme de frictions. — En cas d'échec de ce traitement on essaiera de saupoudrer l'ulcération d'iodoforme, et de la recouvrir d'ouate ou de taffetas gommé; ou bien on la pansera avec une solution faible de nitrate d'argent (1 gramme pour 100 ou 150 grammes d'eau distillée); ou bien enfin on reviendra au pansement occlusif avec les bandelettes de sparadrap de Vigo, qui peut réussir une seconde fois, après avoir échoué tout d'abord.

(*Union médicale*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

ASSOCIATION ET SYNDICATS,

LEUR ROLE RESPECTIF.

Quand on considère attentivement la progression incessante de l'esprit humain, le développement des institutions, les modifications continuelles que chaque jour apporte dans tout ce qui, la veille, paraissait immuablement assis, on ne peut s'empêcher de reconnaître que chaque période a son signe propre, chaque époque sa caractéristique. Cette vérité est incontestable dans les littératures et dans les arts, et personne n'ignore que les types divers de l'architecture ancienne, par exemple, indiquent d'une façon précise l'âge des monuments que le temps a respectés et qui sont parvenus jusqu'à nous, à travers les siècles.

Les institutions diverses que nous pouvons considérer, correspondent également à des époques précises; mais, comme elles répondent à des besoins du moment, elles nous indiquent, mieux encore que ne sauraient le faire les œuvres d'art, l'esprit général des générations qui se succèdent et les tendances auxquelles elles se laissent entraîner.

Ainsi, tandis que le commencement du siècle n'avait vu se créer qu'un petit nombre des Sociétés de Secours mutuels, nous voyons ces sociétés prendre un rapide essor dans la seconde moitié, et de nos jours, le nombre en est devenu extrêmement considérable. C'est, en effet, à partir de 1850 que ces institutious se sont multipliées, à tel point que, dans la période qui s'étend de 1850 à 1860, leur nombre s'est élevé de 2,000 à 4,327. Et, depuis cette date, le nombre s'est accru dans des proportions bien plus grandes encore.

Ce besoin d'association, qui se faisait sentir si impérieusement parmi les classes laborieuses de la société d'alors, ne pouvait manquer d'être également éprouvé par le corps médical. C'est, en effet, ce qui eut lieu: C'est ce qui donna naissance à un certain nombre de Sociétés médicales de Secours mutuels, dont l'agrégation constitua, il y a bientôt un quart de siécle, l'*Association générale des médecins de France* qui fut, dès le début, et qui reste encore, la plus vaste Société de prévoyance et de Secours mutuels qu'on ait jamais vue.

Si on veut bien se reporter à l'époque de sa fondation, on verra ce qu'il fallut alors de courage, de ténacité indomptable, d'habileté enfin, pour atteindre le but qu'on se proposait; c'est-à-dire l'affirmation de la solidarité des differents membrss du corps médical et leur union dans un but de charité, de moralisation, de protection mutuelle.

Ce fut une belle œuvre, une œuvre noble et généreuse, et ce serait être souverainement injuste et de mauvaise foi, que de méconnaître les services qu'elle a rendus à la grande famille médicale.

Mais, enfermée dans son règlement comme dans un cercle de fer qui l'étreint, pendant cette période de vie

à outrance, elle est encore aujourd'hui ce qu'elle fut au jour même de sa création. Comme institution de secours, elle ne s'est point transformée; elle n'a point marché du même pas que les autres institutions et, par conséquent, elle ne saurait suffire aux besoins de ses membres qui se sont accrus comme les besoins de tous les membres de notre Société actuelle. C'est pour cela, sans doute, que des esprits généreux et éclairés, cherchent une combinaison qui permette d'obtenir des résultats plus satisfaisants au point de vue de l'assistance. C'est pour cela aussi que nous voudrions voir l'Association sortir de son immobilité et modifier son règlement, de manière à rendre plus efficaces les secours qu'elle distribue à ses membres tombés dans le besoin. Qu'elle prenne garde! Après avoir rendu des services que tout le monde se plaît à reconnaître, si elle ne consent pas à marcher, au point de vue de l'assistance même, elle se trouvera bientôt au-dessous de sa tâche.

Qu'elle marche donc, elle aussi, et qu'elle perpétue en la perfectionnant, son œuvre charitable; qu'elle assure à celui de ses membres qu'un malheur immérité vient soudainement frapper, qu'elle lui assure une existence à l'abri de la misère; qu'elle adoucisse les derniers moments de ses pauvres infirmes; qu'elle prenne sous sa protection les familles de ceux qui ne sont plus! Mais nous ne vous ne voudrions pas la voir descendre des hauteurs où nous la plaçons, dans notre pensée, pour se mêler à nos luttes de chaque jour. Il nous semble qu'elle perdrait ainsi de ce noble prestige dont nous la voulons revêtue.

Les luttes de chaque jour, avons-nous dit! Et qui donc, plus que le médecin, est obligé de lutter sans cesse? Tout nous y oblige autour de nous. Les clients (je ne veux pas parler de quelques honorables exceptions), non-seulement cherchent à déconsidérer le médecin en nous opposant les uns aux autres, en suscitant entre nous des haines, des jalousies tout au moins; mais encore nous sommes les derniers créanciers auxquels ils songent. Ils trouveront bien de l'argent pour se procurer un étalage insensé, des toilettes que leur situation ne paraît pas autoriser; ils sauront bien se procurer, pour eux et leurs enfants, un luxe malsain; mais ils oublieront de solder les peines et soins de celui qui vient de leur conserver l'existence, quelquefois au péril de ses jours!

Et les *Sociétés de secours mutuels*! — Nous sommes, autant que qui que ce soit, le partisan convaincu de tout ce qui peut améliorer la situation matérielle et morale des masses. Mais ce qui nous indigne, c'est la supercherie, c'est l'esprit de tromperie et d'exploitation, quel que soit le lieu où nous les rencontrons. Eh bien! c'est cet esprit que nous découvrons précisément dans les réglements d'un trop grand nombre de sociétés de ce genre, et c'est particulièrement contre le médecin qu'il est dirigé!

Associez-vous, unissez-vous pour vous porter secours; mais au moins respectez les intérêts les plus sacrés de vos voisins. Ayez la pudeur de ne pas être injuste dans la rémunération que vous offrez au médecin et ne lui présentez pas, pour ses visites, un chiffre que vous n'oseriez pas donner à un commissionnaire pour l'envoyer d'un bout à l'autre du village! Et ceux qui, possédant une certaine aisance et même la fortune, se faufilent, comme membres participants dans une société de secours, que font-ils? — Nous ne réclamons, disent-ils, aucune indemnité en cas de maladie. — Je le veux bien; mais les visites que vous fait le médecin, les payez-vous? — Non, n'est-ce pas? C'est la société qui paie, et comment paie-t-elle? — Concluez donc que, pour ceux-là, la société de secours mutuels est une société d'assurance contre le médecin, et contre lui seul!

Et l'on trouvera étrange, après cela, que nous ne voulions pas nous laisser faire? L'on trouvera étrange que nous nous concertions pour réagir contre ces abus et faire cesser l'ignoble exploitation dont nous sommes les dupes?

Et les administrations, quelles qu'elles soient, n'agissent-elles pas comme les clients ordinaires ou comme les sociétés de secours mutuels? Ne sommes-nous pas, ici encore, les victimes, pour ainsi dire, prédestinées de tous les abus?

Si nous examinons la manière dont les pouvoirs publics en usent à notre égard, nous trouvons toujours les mêmes procédés: Exiger le plus possible et rémunérer le moins possible, — quand on rémunère!...

Eh bien! voilà la situation. Je le demande à tout homme de bonne foi: N'est-il pas légitime que nous fassions tous nos efforts pour en sortir et pour améliorer les conditions de l'existence?

Nous avons donc à lutter énergiquement chaque jour, sur tous les points. Et la lutte ne peut être efficace qu'à la condition que nous soyons unis. C'est pour cela que nous devons partout avoir des agrégations dont les différents membres puissent se voir souvent, discuter leurs intérêts, et étudier les moyens de donner satisfaction à leurs besoins légitimes.

Voilà le rôle qu'ont à remplir les *Syndicats*. — Les Syndicats répondent donc à une nécessité de notre époque ils en sont la caractéristique, comme l'Association répondait à un besoin il y a vingt-cinq ans et caractérisait les tendances du moment.

On a souvent dit et répété que les Syndicats voulaient détruire l'Association et se mettre à sa place. C'est une erreur absolue. C'est un malentendu qui a surgi parce que, au début, on n'a pas voulu se rendre un compte exact du but poursuivi, parce que peut-être aussi, dans les hautes sphères de l'Association, on ne saisit pas parfaitement la situation véritable dans laquelle se débat une bien grande partie du corps médical.

Nous espérons que ce malentendu, qui a déjà duré trop longtemps, va disparaître, et que les deux institutions sœurs trouveront, chacune dans sa sphère, à exercer leur activité pour améliorer le sort de leurs membres.

Les Syndicats nous soutiendront dans nos combats de chaque jour, dans *the struggle for the life*. Ce sont donc des institutions de défense professionnelle, des instruments de lutte, mais de lutte légitime, sans cet esprit mesquin d'égoïsme que certains individus hargneux ou de mauvaise foi ont bien voulu leur attribuer: ils contribueront puissamment à la moralisation du corps médical en rendant les relations plus faciles. Ils y contribueront aussi par l'amélioration de la situation matérielle du médecin et par la conquête de la considération qui lui est dûe dans la société.

L'Association, améliorée pour ainsi dire, et rendue plus efficace, aura la noble mission de relever ceux qui tombent meurtris vaincus dans la lutte. A elle l'honneur de conduire nos invalides jusqu'au bord de la tombe: à elle aussi l'honneur, plus grand encore peut-être, de remplacer, auprès de ceux qui restent l'appui, le soutien que

les infirmités ou la mort leur ont ravi : à elle, en un mot, la CHARITÉ !

Le secrétaire de la commission générales des Syndicats. Ad. BARAT-DULAURIER.
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

II

SYNDICAT DE MORTAGNE.

Monsieur et très honoré confrère,

Je suis heureux de vous annoncer la formation du *syndicat médical de l'arrondissement de Mortagne* dont la première réunion a eu lieu le 14 mai dernier. Dix-sept adhérents ont répondu à l'appel de messieurs les docteurs *Ragaine, Caillet* et *Levassort.*

Voici la composition du syndicat :

MM. les docteurs : Aury, médecin à Notre-Dame d'Aspres. — Bouteiller, à la Ferté-Fresnel. — Caillet, à Mortagne. — Carcopino, à Verneuil. — Germain, au Mesle-sur-Sarthe. — Levassort, à Mortagne. — Liégeard, à Bellême. — Londe, à Tourouvre. — Martelli, à Rugles. — Martin, à Verneuil. — Pichard, à Regmalard. — Puistienne, à Chênnebrun. — Ragaine, à Mortagne. Ragot, au Mesle-sur-Sarthe. — Robbe, à Bellême. — Rouyer, à Laigle. — Thomas, à Rugles.

Président: Dr RAGAINE. — *Vice-président :* Dr ROUYER. — *Secrétaire-trésorier :* Dr LEVASSORT.

Recevez, etc. Dr G. LEVASSORT.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'informer nos lecteurs de la mort de M. le Dr NAUSSAC, de Lyon. membre du *Concours médical*, décédé dans sa 40e année.

L'association départementale de l'Oise vient de perdre son président, M. le Dr MILLOT qui a succombé subitement à une attaque d'apoplexie. Nous avons assisté, ainsi qu'un grand nombre de médecins de la région, aux obsèques de M. le Dr Millot. Des discours ont été prononcés sur la tombe de notre regretté Président, qui faisait partie du *Concours médical*, par M. le Dr *Evard* président du cercle syndical de *Beauvais*, et par M. le Dr *Millet*, président du cercle syndical de *Senlis*. Nos confrères se sont joints à la nombreuse assistance pour rendre un hommage bien mérité à la mémoire de M. le Dr Millot.

NOUVELLES

AGRÉGATION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS. — Ce concours s'est terminé vendredi dernier 30 juin 1883, à sept heures du soir. Sont nommés :

Faculté de médecine de Paris. Chirurgie : M. Kirmisson; M. Paul Ségond; M. Campenon. — Accouchements : M. Ribemont

Faculté de médecine de Bordeaux. Chirurgie : M. Piéchaud; M. Lagrange.

Faculté de médecine de Lille. Chirurgie : M. Dubar; M. Baudry.

Faculté de médecine de Lyon. Chirurgie : M. Chandelux; M. Polasson; M. Sabatier. — Accouchements : M. Poullet.

Faculté de médecine de Nancy. Chirurgie : M. Pohmer; M. Baraban.

Quelques journaux avaient à tort annoncé qu'un cas de choléra se serait produit au Hâvre Des mesures énergiques sont prises sur tout le littoral, pour le cas où s'accroîtrait l'intensité de l'épidémie en Egypte.

Pour s'assurer que les instructions qu'il a données sont exactement suivies, le Ministre du commerce vient de charger M. le Dr *Proust*, de visiter en qualité d'inspecteur général adjoint des services sanitaires, les divers lazarets et établissements sanitaires, ainsi que les ports de la Méditerranée.

LE CHOLÉRA. — Le 3 juillet il y a eu cent-vingt-deux décès cholériques à Damiette; six à Mansourah; trois à Pamanoud; un à Chirbine. Le choléra semble avoir été apporté à Damiette par les marchands venus de Bombay pour assister à la foire; il a atteint Alexandrie, où vient de succomber une femme récemment arrivée de Damiette.

Le Conseil de santé international de Constantinople a désigné le Dr *Léonard Arnaud* pour se rendre sur le théâtre de l'épidémie et y surveiller les mesures sanitaires.

Dans la séance du conseil académique de Paris tenue ce matin, une importante question a été discutée, celle de la réforme du baccalauréat ès-sciences.

L'année dernière, le ministre avait consulté les Facultés et les conseil académiques pour savoir s'il y avait lieu de supprimer le baccalauréat ès scienees restreint. La majorité des réponses avait été négative. Cette année, M. le ministre demande s'il n'y a pas lieu de réformer en général le baccalauréat ès-sciences tout entier.

Sur la proposition des Facultés des sciences et de médecine de Paris, le conseil académique , après une intéressante discussion, émet les vœux suivants :

1° Qu'il soit institué un baccalauréat ès-sciences mathématiques ;

2° Qu'il soit institué un baccalauréat ès-sciences physiques et naturelles qui remplacerait le baccalauréat ès-science restreint ;

3° Qu'à ces deux examens ne puissent se présenter que des candidats mûnis de la première partie du baccalauréat ès-lettres ;

4° Que le baccalauréat ès-lettres complet soit exigé pour les études médicales des élèves qui visent au doctorat ;

5° Que le programme du baccalauréat ès-lettres, en ce qui touche les sciences, soit révisé et surtout allégé.

BIBLIOGRAPHIE

LIBRAIRIE J. B. BAILLIÈRE, 19, RUE HAUTEFEUILLE.

L'hiver à Cannes et au Cannet, *les bains de mer de la Méditerranée, les bains de sable*, par A. BUTTURA, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien médecin de l'hôpital de Cannes, membre de la Société impériale de médecine de Constantinople, chevalier de la Légion d'honneur. — 1 vol. in-8, avec figures, 2 fr. 50:

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
14 Juillet 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 28

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Proust* vient d'observer dans les montagnes de la Kabylie, au pied du Jurjura, une affection singulière qui a sévi dans ce pays en 1882 et 1883. Cette affection, dont il a pu voir lui-même quelques cas et dont un grand nombre d'autres lui ont été communiqués par un médecin de colonisation M. Prengrueber, se manifeste brusquement, après une nuit froide et humide, par des douleurs extrêmement vives dans la région des reins, de la paraplégie et des troubles du côté des organes génitaux et urinaires.

Les malades se plaignent de fourmillements, de tremblements et de mouvements convulsifs : puis ils ont de l'incontinence d'urine et deviennent impuissants : enfin ils ne peuvent plus marcher qu'à l'aide d'un bâton. Ils marchent sur la pointe du pied. de façon à user leurs ongles et à déterminer des ulcérations à l'extrémité des orteils ; leur talon reste en l'air et ne repose jamais sur le sol : l'attitude de ces malades est donc tout à fait caractéristique. En outre les réflexes sont très exagérés.

Quelle est l'étiologie de cette curieuse maladie ? Il semble qu'elle doive être rapportée à l'usage, dans l'alimentation, de la graine d'une plante cultivée en grand dans le pays : le *Djilben* ou *Lathyrus cicera*, de la famille des légumineuses, d'où le nom de lathyrisme donné à cette affection.

Voici d'ailleurs les conclusions du travail de M. Proust, conclusions tirées de l'observation clinique et des expériences faites sur les animaux :

1° L'affection observée dans les montagnes de la Kabylie en 1882 et 1883 est due à l'absorption de diverses légumineuses et particulièrement du lathyrus cicera ;

2° Le froid paraît avoir agi, dans certains cas, comme cause secondaire ;

3° La détermination anatomique a lieu du côté de la moelle épinière; il s'agit, au début, de symptômes de paraplégie brusque qu'occasionne soit une myélite transverse, soit une hémorrhagie de la moelle, affection à laquelle succède le syndrome du tabes dorsalis spasmodique, syndrome indiquant une dégénérescence secondaire des cordons latéraux ;

4° Cette affection peut être désignée sous le nom de *lathyrisme médullaire spasmodique*, dénomination qui indique à la fois le rôle étiologique de la légumineuse incriminée, la détermination anatomique de l'affection et l'explication symptomatique la plus saisissante ;

5° Le lathyrisme est curable et il est évidemment amélioré par des applications révulsives le long de la colonne vertébrale et l'administration du bromure de potassium à l'intérieur :

6° Il incombe à l'hygiène publique et sociale de faire disparaître cette maladie d'alimentation.

M. *Le Roy de Méricourt* trouve une grande analogie entre les symptômes signalés dans le lathyrisme et ceux très connus du béribéri que l'on observe dans l'Inde et au Brésil.

M. *Bouley* s'étonne, avec juste raison, que l'on continue à cultiver en grand une plante dont l'action toxique est aussi nettement reconnue.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC SUTURE UTÉRINE.

Opération césarienne nécessitée par un rétrécissement rachitique de 50 millimètres du bassin. Rupture de la suture utérine et mort par hémorrhagie le troisième jour.

Par le D[r] V. POULET, de Plancher-les-Mines.

Il est tel échec qui, par les enseignements qu'il fournit, devient plus utile à la science que de nombreux succès. Nous laissons au lecteur le soin de juger jusqu'à quel point cette réflexion est justifiée par l'observation suivante.

Madame Joseph B. de Giromagny, primipare, âgée de 36 ans, est issue d'une mère atteinte de déviation de la colonne vertébrale ; plusieurs sœurs sont affligées de diverses maladies du système osseux, elle-même a été en proie au rachitisme pendant son enfance. Elle raconte qu'il y a deux ans, à la suite d'une chute, elle fut soignée pour une fracture du col du fémur gauche, qu'elle en a beaucoup souffert, et que cette lésion a mis un temps vraiment insolite pour parvenir à la consolidation. Peut-être le bassin lui-même a-t-il participé au traumatisme ou plutôt peut-être le traumatisme aura-t-il été l'occasion d'un processus ostéomalacique. En fait, Mme B. est restée dans l'impossibilité absolue d'écarter la cuisse dans l'abduction.

Parvenue au terme de sa grossesse, elle ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 28 juin 1882, dès 6 heures du matin. La rupture de la poche eut lieu à midi.

M. le D[r] Taufflieb, dont le père est bien connu dans la science par ses travaux sur l'emploi médical de l'huile de foie de morue, fut appelé d'abord par la sage-femme. Mme Baumann, pour remédier à une présentation de l'épaule, et, comme je me trouvais par hasard à Giromagny, il me pria de l'assister. Arrivé à quatre heures de l'après-midi, je constatai la présence du bras gauche dans le vagin, en même temps qu'un rétrécissement énorme du détroit inférieur, qui apportait un obstacle absolu à l'introduction de la main Obligé de me servir exclusivement de l'index pour procéder à mon exploration, tout ce que je pus reconnaître, c'est que le thorax était situé à une hauteur qui le rendait tout-à-fait inaccessible, et que le promontoire, rapproché à la fois du plancher du bassin et du pubis, faisait une saillie telle qu'il en imposait pour une exostose du bassin. En plaçant l'extrémité du doigt sur son sommet, je trouvai une distance d'à peine 7 centimètres jusqu'au point correspondant à l'arcade pubienne. Comme il convient de défalquer 9 millimètres, pour tenir compte de l'épaisseur du pubis et des parties molles, en même temps que de l'obliquité du doigt, il résulte de cette donnée que le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur n'avait guère que 6 centimètres environ. Toutefois, en mesurant extérieurement le bassin à l'aide du compas de Baudelocque, je ne fus pas peu surpris de constater un écartement de 180 millimètres, de nature, en apparence, à laisser au détroit supérieur un diamètre sacro-pubien de près de 100 millimètres. Mais c'est là un défaut de concordance qui n'a rien d'extraordinaire pour qui connaît les diverses malformations des bassins rachitiques. Au demeurant, le résultat fourni par l'exploration de la cavité du bassin n'a rien à perdre de sa valeur prépondérante, quels que soient les chiffres dus à la mensuration externe.

Quelle conduite tenir? Le cas était des plus épineux qui se puissent rencontrer. Il n'y avait pas un seul instant à songer à la version, opération hérissée de difficultés, probablement même impraticable, et qui eût laissé subsister, dans leur intégralité, tous les inconvénients inhérents à la viciation du bassin. Car parvînt-on à introduire la main à travers la filière des détroits, et l'évolution fût-elle par impossible réalisée avec succès, on se heurterait, à coup sur, à des obstacles insurmontables au moment de l'extraction du tronc et de la tête surtout. Etait-il permis, dans cette conjoncture, de faire fonds des ressources de l'embryotomie et de la céphalotripsie ? Mais à supposer que la mutilation du fœtus fût effectuée, on ne pouvait se flatter de mener à bien une opération aussi compliquée et aussi redoutable. En tous cas, le danger qu'elle eût fait courir à la mère, n'eût pas été moins grand, que dis-je? il paraissait bien plus certain que celui d'une opération césarienne à la campagne. En outre, comme l'enfant était vivant, la certitude de sa conservation était encore une raison capitale de donner la préférence à l'extraction par la section de la paroi abdominale.

L'opération césarienne fut donc décidée et pratiquée, séance tenante, en présence de MM. les Docteurs Taufflieb et Grellot, après avoir eu soin de vider la vessie et le rectum et d'administrer environ 40 centigrammes de poudre récente de seigle ergoté. On verra plus loin la raison de cette dernière prescription, à laquelle nous attachons une grande importance. Notre confiance dans la docilité de la patiente était telle que nous crûmes qu'il n'était pas besoin de recourir à la chloroformisation, conseillée par MM. Spiegelberg, Stolz, Schiff et Ozanam, dans le but d'éviter la sortie des viscères hors de l'abdomen pendant les cris et les efforts de la malade.

La matrice étant un peu inclinée à droite, eut besoin d'être repoussée par les mains d'un aide, pour être placée symétriquement par rapport à la ligne médiane. Cela fait, je commençai l'incision à gauche et à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic et la prolongeai jusqu'à quatre travers de doigt environ de la symphyse pubienne, dans une étendue d'au moins 16 centimètres. L'abdomen ouvert, l'application des mains de deux aides s'opposa efficacement à la sortie des intestins, et l'on fit en sorte que, seule, la matrice fût expulsée au dehors et vînt en quelque sorte, faire hernie à travers la plaie. Cette précaution est d'une grande importance pour prévenir l'épanchement du sang et des eaux amniotiques dans le péritoine.

Le reste de l'opération acquit, par cette manœuvre, une grande simplification.

L'utérus transpercé avee ménagement par un coup de bistouri convexe, fut aussitôt incisé dans presque toute sa hauteur sur l'index gauche, à l'aide du bistouri boutonné. Plusieurs jets de sang assez volumineux durent être réprimés par l'application des doigts. Nous eûmes la mauvaise chance de tomber juste sur le placenta inséré en totalité sur la paroi antérieure de l'utérus. Néanmoins en bas de l'incision, se présentaient à la vue les parties fœtales. Je saisis les pieds et amenais très facilement au dehors une enfant du sexe féminin, très vivace, et qui ne tarda pas à pousser des vagissements de bon augure. Tout à fait rassuré au sujet de l'existence de l'un des deux êtres dont la vie dépendait du succès de nos efforts, je procédai sans retard à l'extraction du placenta. Cette dernière fut suivie aussitôt de la rétraction de l'utérus ; en même temps s'échappèrent plusieurs anses intestinales qui furent sans peine réintégrées dans la cavité abdominale.

Cependant, en dépit de la rétraction parfaite de la matrice, la plaie utérine restait écartée, béante, affectant la disposition d'un infundibulum très évasé, aplati pour ainsi dire, et dont la base correspondait à la face péritonéale de l'organe. Il s'en échappait une quantité de sang assez abondante et nous eûmes beaucoup de peine à nous rendre maîtres de cette hémorrhagie.

La torsion des artères, l'emploi des pinces hémostatiques, des ligatures, ne servent de rien, quand on a affaire à un tissu mou, spongieux et, en quelque sorte, caverneux, comme celui de la matrice, immédiatement après l'accouchement pendant la période puerpérale. Nous nous contentâmes d'abord d'étancher le sang à l'aide d'éponges fines, et, au bout d'un quart d'heure, jugeant le moment opportun, nous essayâmes de réduire le globe utérin dans l'abdomen. Tentative prématurée ! Un sentiment de défaillance, visiblement peint sur les traits de la malade, nous avertit du danger. Sans hésiter, je plongeai la main dans l'abdomen pour y chercher la matrice, source d'un épanchement non douteux, qui menaçait de devenir rapidement fatal, et la ramenai de nouveau au dehors. Aussitôt les accidents lipothymiques se dissipèrent comme par enchantement, preuve que nous avions conjecturé juste.

Il fallait donc, à tout prix, réaliser une surface parfaitement étanche. Dans ce but, des éponges trempées dans la solution de perchlorure de fer, sont placées et maintenues, pendant quelques minutes, en contact avec les points qui fournissaient le sang. Ce moyen ne réussit guère mieux que le précédent. Alors prenant le parti d'imiter la conduite, couronnée de succès, de plusieurs de nos devanciers, nous affrontons les lèvres de la plaie utérine à l'aide d'un point de suture : ce qui ne laisse pas de présenter d'assez grandes difficultés à raison de la rétraction très énergique des fibres circulaires de la matrice, rétraction d'autant plus puissante que les fibres sont plus excentriques. Une semblable précaution nous a paru constituer la mesure hémostatique de beaucoup la plus efficace, et à cet égard, la section utérine ne diffère en rien de toute autre solution de continuité.

Ayant procédé ensuite à la toilette du péritoine et des viscères mis à découvert, nous réintégrons enfin intestins et matrice dans la cavité péritonéale et cette fois, sans l'ombre d'un accident Cinq points de suture enchevillée et un nombre suffisant de points de suture superficielle entrecoupée réunissent la plaie abdominale dans toute sa hauteur, si ce n'est à l'angle inférieur, qui reste libre pour livrer passage à l'un des deux chefs du fil qui embrassait les lèvres de la plaie utérine.

Des nausées se déclarèrent après le pansement, mais elles n'allèrent pas, en ma présence, jusqu'au vomissement. Néanmoins les secousses violentes qui les accompagnaient, provoquèrent la sortie d'un flot de sérosité sanguinolente par l'angle inférieur de la plaie.

Traitement : potion de Rivière modifiée par Hufeland; glace *intus et extra* : bouillon et vin de Champagne.

Le pouls avait alors une assez grande fréquence qu'il perdit la nuit suivante, le globe utérin était bien rétracté ; on n'observait pas de tension abdominale, enfin les lochies ne tardèrent pas à couler normalement par la vulve.

La journée du lendemain et la seconde nuit se passèrent assez bien, quoique certains symptômes tels que l'insomnie, les vomituritions et même des vomissements de matières ingérées vinssent témoigner du retentissement profond de l'attaque du viscère intra-abdominal sur l'économie tout entière. Mais le 30 au matin, la scène changea tout-à-coup sous l'influence d'une hémorrhagie considérable qui se fit jour à la fois par le vagin et par l'angle supérieur de la plaie. Je vis la malade dans l'après-midi.

La face est terreuse ; le pouls misérable et filiforme ; les extrémités froides. En coïncidence avec ces symptômes si graves, d'autres phénomènes font contraste par leur apparence bénigne, et semblent attester que l'accident hémorrhagique est venu surprendre l'opérée en voie de rétablissement. Ainsi il n'y a nulle trace de ballonnement, la langue est nette ; les seins sont manifestement gonflés par la montée du lait. Les lochies continuent à couler, l'intelligence est intacte, la voix nullement éteinte, plutôt vibrante ; il y a eu, dans la matinée, une selle provoquée par un lavement.

Prescription : injection sous-cutanée de vingt gouttes d'éther et, en cas d'insuccès de ce stimulant puissant, injections hypodermiques répétées de sang humain.

Celles-ci ne furent point pratiquées. Mort dans la soirée, vers neuf heures, cinquante-deux heures après l'opération.

Voici les résultats de l'ouverture cadavérique, transmis par M. le Dr Taufflieb.

« Deux des sutures profondes sont déjà reprises. L'estomac et les intestins sont fortement distendus et injectés par place. Quelques caillots de sang sont épanchés dans la cavité abdominale, ainsi qu'une certaine quantité de liquide sanguin. L'utérus est un peu plus volumineux que le poing. *La suture a lâché d'un côté* et la plaie utérine,

abandonnée à elle-même, est redevenue largement béante comme elle était avant la suture ; la surface en est recouverte d'une couche putrilagineuse. Ayant enlevé l'utérus pour mieux procéder à l'examen du bassin, je constate que la forme de ce dernier est très irrégulière, en bissac dans sa moitié postérieure, avec une gouttière profonde à sa partie moyenne antérieure. La mensuration des différents diamètres permet d'établir le schéma suivant :

A E = 8 c. — B D = 5 c. 0. — C F = 6 c. — H I = 22 c. 0.

La distance d'une crête iliaque à l'autre, est de 25 centimètres.

Ce bassin présente donc cette particularité que la symphyse pubienne est propulsée en avant, tandis que les branches horizontales du pubis empiètent sur le détroit supérieur aux points D et F. En outre, le promontoire s'avançait et plongeait profondément dans l'excavation; il était constitué, à son sommet, non par l'angle sacro-vertébral mais par l'avant-dernière vertèbre lombaire, et il se détachait tellement de la verticale rachidienne, que nous aurions pu le prendre pour une exostose ».

Il est évident qu'en me servant de l'index droit, j'ai mesuré la ligne C F. Sans doute à l'aide de l'indicateur gauche, j'aurais obtenu la dimension B D, de toutes la plus étroite.

Mais comment la mensuration par le compas de Baudellocque a-t-elle pu faire attribuer une étendue presque normale au diamètre sacro-pubien? Cela tient à deux circonstances, également favorables à la même erreur. D'une part la propulsion de la symphyse pubienne en avant augmentait, sans aucun bénéfice, de deux à trois centimètres, le diamètre antéro-postérieur. D'autre part, il convient de remarquer qu'il n'y avait pas à la région dorsale, une ensellure proportionnée à la saillie insolite du promontoire. Les deux dernières vertèbres lombaires avaient éprouvé un mouvement de glissement, une véritable luxation en avant, et le déplacement n'en était accusé par aucune concavité anormale de la partie lombaire de la colonne vertébrale.

Le plus grand intérêt s'attache à la donnée fournie par l'autopsie, au sujet de la rupture de la suture utérine. Car il est extrêmement probable que telle a été la cause de l'hémorrhagie et de l'épanchement sanguin, inéluctablement fatal, de la cavité abdominale. Un pareil accident, de même que l'absence de suture utérine, place la femme dans la situation déplorable d'une personne en proie à une rupture de la matrice, et il est vraiment surprenant qu'on ait si rarement songé à se prémunir contre une aussi terrible éventualité. Abandonner la plaie utérine à elle-même, c'est laisser tout à faire à ce qu'on a appelé *la nature médicatrice*; c'est exposer, en connaissance de cause, la patiente à toutes les chances redoutables d'un épanchement intra-péritonéal. Y a-t-il lieu de s'étonner encore des trop nombreux insuccès de l'opération césarienne ? (*à suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

RÉVISION DE LA LÉGISLATION.

Monsieur le Secrétaire
de la Commission de Révision.

J'ai l'honneur de vous informer que notre Association, réunie en Assemblée générale le 21 mai 1882, a émis le vœu suivant :

Elle adopte la proposition du docteur Ecoiffier (d'Ille), consistant à envoyer son adhésion officieuse au projet de loi ayant pour but l'aggravation des pénalités concernant l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, de façon à rendre efficaces ces pénalités qui jusqu'ici n'ont été qu'illusoires.

Dans sa dernière Assemblée générale, tenue à Perpignan le 15 octobre 1882, elle a décidé aussi que ce serait à vous que ce vœu serait transmis afin que vous en fissiez tel usage qui vous paraîtra convenable.

Veuillez agréer, etc...

Le secrétaire de L'ASSOCIATION MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE *des Pyrénées-Orientales*,
Dr MASSOT
Chirurgien en chef de l'hôpital civil.

Nous remercions notre confrère de cette communication et nous félicitons l'Association médicale et pharmaceutique des Pyrénées-Orientales de l'intelligente initiative qu'elle a prise : il serait à désirer que toutes les Sociétés médicales, ainsi que les syndicats, suivissent cet exemple; ils hâteraient beaucoup le succès de nos efforts.

II

MÉDECINS, PHARMACIENS ET SYNDICATS

Un heureux résultat.

Depuis longtemps les cinq médecins de la ville de....., vivaient en mauvaise intelligence avec les cinq pharmaciens de l'endroit. Ceux-ci faisaient de la médecine et reprochaient aux médecins de détourner leurs clients au profit des officines voisines; les médecins se plaignaient de la concurrence et de la médisance des pharmaciens. Les rapports devinrent si tendus, qu'une lettre collective des médecins menaça les pharmaciens de pour-

suites légales. Cette lettre eut pour résultat le plus apparent d'augmenter encore la discorde. Sur ces entrefaites, un *Syndicat* se créa dans l'arrondissement; les médecins s'y firent tous inscrire et se plaignirent amèrement des pharmaciens: le bureau du Syndicat intervint, et proposa un traité de paix, qui, après quelques pourparlers, fut accepté par tous. Depuis que ce document porte dix signatures, la paix, les bons rapports et les procédés loyaux ont remplacé une situation qui, pour quelques-uns, devenait intolérable.

Voici ce document, tel qu'il a été accepté par tous :

Les soussignés, médecins et pharmaciens de la ville de....., désireux d'éviter dans l'avenir toute espèce de conflit sur l'exercice de leur art et de créer des rapports professionnels corrects, basés sur la confiance et l'estime réciproques:

Ont convenu entre eux de s'engager en honneur et conscience à pratiquer loyalement ce qui suit :

1° Les *médecins* observeront à l'égard des pharmaciens la plus stricte neutralité, ils s'abstiendront devant leurs clients de toute réflexion obligeante ou désobligeante à leur egard et n'en désigneront aucun à la faveur ou à la défaveur du public.	Les *pharmaciens* observeront à l'égard des médecins la plus stricte neutralité, ils s'abstiendront devant leurs clients de toute reflexion obligeante ou désobligeante à leur égard et n'en désigneront aucun à la faveur ou à la défaveur du public.
2° Les *médecins* respecteront scrupuleusement le domaine d'exercice de la pharmacie : ils ne prépareront, ne delivreront, ni ne donneront aucun médicament.	Les *pharmaciens* respecteront scrupuleusement le domaine d'exercice de la médecine; ils ne soigneront, ni ne conseilleront aucun malade et ne dirigerout aucun traitement d'affection médicale ou chirurgicale.
3° Cependant les *médecins* pourront se munir pour les cas urgents de médicaments pris chez les pharmaciens soussignés (solut. de morphine, d'ergotine..., etc), qui ne figureront jamais sur une note d'honoraires.	Cependant les *pharmaciens* purront dans les cas urgents ou très légers, délivrer sous leur propre responsablité des médicaments destinés à être employés jusqu'à l'heure de la prochaine visite ou consultation du médecin. Ils ne délivreront des médicaments de leur chef qu'une seule fois pour le même malade.
4° Dans le cas où un *médecin* aurait à faire quelque observation au sujet de la préparation ou de la qualité d'un médicament, il s'abstiendra de toute réflexion et s'adressera amicalement et directement au pharmacien intéressé, à l'insu du client.	Dans le cas où le moindre doute sur la rédaction d'une ordonnance surgirait dans l'esprit d'un *pharmacien*, il s'abstiendra de toute réflexion, ne changera rien de son chef à l'ordonnance, mais la remettra sous les yeux de son auteur a l'insu du client.
5° Les *médecins* refuseront de participer à toute espèce d'Association entre médecins et pharmaciens ayant pour but un benéfice matériel commun : ils se refuseront energiquement à tout acte qui pourrait être regardé comme fait de comperage ou de collusion avec un pharmacien.	Les *pharmaciens* refuseront de participer à toute espèce d'Association entre pharmaciens et médecins ayant pour but un bénéfice matériel commun: ils se refuseront énergiquement à tout acte qui pourrit être regardé comme fait de compérage ou de collusion avec un médecin.

6° Les contraventions aux articles précédents seront signalees au nom du groupe des médecins ou des pharmaciens, au Bureau du sous-syndicat de l'arrondissemeet de....., qui proposera, s'il y a lieu, la radiation de la signature du contrevenant.

7° La radiation ne pourra être effectuée que sur un vote écrit et seul comprenant les deux tiers des suffrages de la totalité des signataires.

8° Toute modification à ce qui précède sera proposée au Bureau du sous-syndicat au nom du groupe des médecins ou des pharmaciens, et ne sera adoptée que si elle réunit les deux tiers des suffrages de la totalité des signataires.

9° Néanmoins, cette convention serait annulée de plein droit, si une convention analogue était admise par les Associations compétentes de médecins et de pharmaciens, pour la généralité du département.

Suivent : la date et les dix signatures.

Le résultat obtenu par le *syndicat de Toul*, est pour nous, d'une importance capitale. Jamais jusqu'à ce jour les Associations syndicales n'avaient rendu un service équivalent.

III

A PROPOS DES REMPLACEMENTS ET CESSIONS DE CLIENTÈLE.

La *Loire médicale* fait suivre la circulaire envoyée aux médecins de France, au sujet de la proposition Boutequoy, des réflexions suivantes:

L'Association nous paraît entrer décidément dans la voie des réformes pratiques; le *Concours médical* auquel doit être reporté l'honneur d'avoir pris une initiative analogue, nous paraît encore distancer l'Association sous ce rapport. Il publie en effet, dans chaque numéro, les renseignements qu'il possède sur la matière. Pourquoi l'Association n'adresserait-elle pas, une ou deux fois par mois, aux Sociétés locales, la liste des postes vacants et des demandes de remplacement? La publicité seule peut amener des résultats sérieux. Dr F.

(*Loire médicale*).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Chute sur la tête : accès épileptiformes; trépanation, guérison.

M. *Demons*, de Bordeaux, communique à la *Société de chirurgie* l'observation d'un jeune homme qui, après une chute sur la tête, fut pris d'accès épileptiformes. Ces accès devinrent extrêmement fréquents et se compliquèrent bientôt d'une hémiplégie complète. Près de six mois après l'accident, les troubles étant toujours les mêmes, M. Demons, appelé pour la première fois auprès du malade, proposa et fit une trépanation au niveau du sillon de Rolando. Le périoste ouvert, il vit une fêlure du crâne : c'est là qu'il appliqua la couronne du trépan. Il put alors constater qu'il y avait de la pachyméningite ; puis il ouvrit une sorte de

kyste qui donna issue à un liquide séro-purulent; enfin, plus profondément encore, il trouva la substance cérébrale altérée, et il en réséqua environ 1 centimètre. La plaie fut suturée, et un drain placé à la partie inférieure. Le soir même, le malade eût une petite attaque épileptiforme, puis les accès disparûrent et ne sont pas revenus depuis environ un mois que l'opération a été pratiquée. Il n'est survenu d'ailleurs aucune complication.

*
* *

Traumatisme et syphilis cérébrale.

Les opérations de trépanation étant assez rares aujourd'hui, la précédente communication a amené M. *M. Perrin* à exposer l'histoire d'un officier qui a présenté des troubles graves de syphilis cérébrale, et qui n'a pu guérir par le traitement antisyphilitique qu'aprés avoir subi une trépanation.

Cet officier avait reçu, il y a une vingtaine d'années, sur le côté droit du front, une balle morte qui le fit tomber sur le coup. Les suites de cette blessure furent sans importance et elle guérit assez promptement sans laisser d'autre trace qu'une céphalalgie rebelle. Quelque temps après, il fit la campagne du Mexique, où il contracta la syphilis. A partir de ce moment il eût une céphalalgie persistante; puis en même temps apparurent des signes de nécrose frontale, un écoulement purulent par le nez, etc. En 1869 ces douleurs de tête étant devenues très violentes, il alla consulter Nélaton qui fit une incision et enleva cinq séquestres; cette opération n'ayant pas sensiblement soulagé le malade, ce chirurgien pratiqua le grattage de la cavité nécrosique. Bientôt se déclarèrent des accidents d'hémiplégie sur le côté droit du corps. Cependant la situation s'améliora et cet officier put prendre part à la campagne de France, en 1870. Les douleurs de tête restaient toujours vives, mais l'état général était des plus satisfaisants; les facultés intellectuelles demeuraient intactes, au point que cet officier devint un des professeurs les plus distingués d'une de nos écoles militaires. Les choses restèrent en cet état jusqu'en 1878, époque à laquelle le caractère du malade changea; il devint nerveux, difficile, acariâtre; il éprouvait quelque peine à corriger les compositions, se mit à faire des fautes d'orthographe, etc. Un jour, en faisant son cours, il fut pris brusquement d'un embarras de la parole et il lui fut impossible de continuer la leçon commencée. Il présenta ensuite une exostose de l'avant-bras gauche dont il guérit rapidement grâce au traitement par l'iodure de potassium à hautes doses; mais les troubles cérébraux ne firent que s'accroître! Le plateau de nécrose signalé plus haut se trouvait tout prés du siège du langage articulé. M. Perrin eut recours aux frictions mercurielles, à l'iodure de potassium: les accidents continuèrent à s'aggraver. Le malade commençait à présenter toutes les apparences d'un ramollissement cérébral; il se mettait à pleurer quand il ne trouvait pas ses mots, etc.

Après avoir épuisé sans succès toutes les ressources de la thérapeutique, M. Perrin se décida à appliquer quatre couronnes de trépan. Il reprit ensuite le traitement antisyphilitique et dès lors le malade, qui semblait voué à une mort prochaine, revint peu à peu à la santé et finit par guérir.

M. *Lucas-Championnière* fait remarquer que l'observation de M. Perrin présente un grand intérêt par suite de cette combinaison du traumatisme et de la syphilis. Pour lui il pense que les accidents cérébraux d'origine syphilitique, loin de s'amender avec le temps, vont toujours en augmentant, s'ils ne sont pas convenablement traités. Leur marche progressive est fatale et jamais ils n'ont d'arrêt spontané. Quant à l'intéressante observation de M. Perrin, il y a lieu de penser que la trépanation a eu ici une très heureuse influence sur l'efficacité ultérieure du traitement antisyphilitique resté jusque-là impuissant.

M. *Trélat* se rappelle deux cas de mort par suite d'exostoses syphilitiques et crâniennes. L'un est celui d'un médecin mort il y a trente ans et qui s'était inoculé la syphilis en pratiquant le toucher vaginal. L'autre se rapporte à une jeune femme qui avait été rendue syphilitique par son mari. Elle eût un enfant syphilitique qui mourut peu de temps après sa naissance; elle eut elle-même la syphilis la plus horrible qu'on puisse voir: elle fut couverte d'ecthyma, d'impetigo, d'ulcères, de croûtes; et cette jeune femme, vieillie, flétrie, rendue méconnaissable, un beau jour, sous l'influence du traitement spécifique, émergea fraîche et charmante de cette saleté pathologique et sembla bientôt tout-à-fait guérie. Toutefois elle avait conservé un mal de tête persistant. Était-ce de l'anémie, était-ce de la syphilis? Plus porté à admettre cette dernière hypothèse, je prescrivis de nouveau le traitement antisyphilitique; mais la belle-mère, sous prétexte que ce traitement pouvait être nuisible à une nouvelle grossesse probable, et pour des raisons de convenance mal comprises, s'opposa à ce que ce traitement fut régulièrement suivi. Un jour, brusquement, cette jeune femme fut prise d'aphasie et d'hémiplégie. M. Potain et moi prescrivîmes dès lors un traitement par les frictions mercurielles des plus énergiques; il y eut une très notable amélioration; malheureusement il survint une nouvelle attaque qui emporta la jeune malade en l'espace de quatre jours. Ce fait montre la gravité extrême de la syphilis cérébrale et l'importance, en pareil cas, du traitement auquel la malheureuse belle-mère, dans ce cas, a été trois fois coupable de ne pas laisser sa bru se soumettre. Il n'y eut pas d'autopsie. mais M M. Potain, Delpech et moi avons été d'accord pour admettre l'existence d'une gomme cérébrale.

*
* *

Gangrène des deux pieds, glycosurie chez un paludique. Amputation. Guérison.

M. *Chauvel* fait à la même société, un rapport

sur un travail de M. le docteur Demmler, relatif à un cas intéressant qui se rattache aussi à la discussion actuellement pendante sur l'influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs.

Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, ouvrier terrassier, buveur mais non alcoolique, qui, après des travaux de terrassement dans un pays marécageux, en Afrique, fut pris d'accès de fièvre pernicieuse dont il guérit assez rapidement. Ces accidents reparurent quelque temps après, s'accentuèrent, s'accompagnèrent d'une grande faiblesse des membres inférieurs. Bientôt, cet homme présenta tous les caractères d'une cachexie paludéenne avancée. Puis il se fit une mortification des deux pieds; il avait également de la glycosurie. La gangrène des deux pieds faisait de rapides progrès; le malade dut subir successivement l'amputation de la jambe gauche et celle de la jambe droite. Après la première opération, il y eut une très notable amélioration et, après la seconde, une guérison complète. Le sucre avait disparu des urines. Ainsi chez cet homme profondément cachectique, disposé à la glycosurie, une opération très sérieuse, loin d'aggraver un état pathologique antérieur, a amené, au contraire, un grand soulagement; d'autre part, il est impossible de nier ici l'influence de la gangrène sur la glycosurie qui était bien plutôt un épiphénomène dépendant de la gangrène elle-même, qu'un accident d'origine diabétique.

L'auteur déclare n'avoir rencontré qu'exceptionnellement l'existence de la glycosurie chez les paludiques.

M. Verneuil a appelé l'attention sur les faits dans lesquels le traumatisme aggravait un état pathologique antérieur. Voilà un exemple qui semble démontrer que, dans certaines conditions, un traumatisme peut avoir une heureuse influence sur un état pathologique antérieur.

*
* *

Au sujet des rapports du *traumatisme et des états généraux* que les deux précédentes observations viennent de mettre en relief, chacune d'une façon particulière, nous renvoyons nos lecteurs à la *Revue de la presse française* contenue dans notre n° 17 : ils y trouveront les sages conclusions du professeur Verneuil, sur ce sujet qui mérite tant d'attirer et de fixer les réflexions des chirurgiens.

Puisque nous sommes à la Société de chirurgie, ne la quittons pas sans citer le magnifique éloge que M. Verneuil a fait, dans une séance déjà ancienne, de la chirurgie française, chirurgie éminemment humanitaire et conservatrice, qui fait le plus grand honneur à l'intelligence pratique et au sens moral de nos maîtres, lorsque nous comparons leur modération et leur retenue à l'audace quelquefois singulière de certains chirurgiens étrangers.

Voici le morceau :

« Pour des raisons diverses que personne n'ignore, les écoles chirurgicales de notre époque sont en lutte ouverte et ardente, lutte qui, malheureusement, n'est pas toujours courtoise. Or, pour ma part, je suis las et irrité de voir sans cesse notre chirurgie française prise en pitié, méprisée, insultée même, et je ne suis pas moins peiné de voir quelques-uns de nos compatriotes saluer plus volontiers les drapeaux étrangers que de soutenir le nôtre et de le relever au cas où il serait descendu.

Je crois pouvoir m'accorder de n'avoir jamais dénigré aucune personne ni aucune chose; bien souvent j'ai vivement défendu et propagé de mon mieux des idées grandes et utiles, théoriques ou pratiques, de quelques pays qu'elles vinssent. C'est pourquoi, pratiquant l'équité pour tous, je réclame pour notre science nationale, sinon l'enthousiasme, du moins le respect et la justice; mais je ne puis croire que nous en soyons réduits à imiter servilement les autres, et qu'il nous faille copier jusqu'à leurs exagérations et leurs erreurs; non, je n'accepte point que nous soyons muets dans le concert scientifique actuel; parce qu'on ne nous trouve plus à l'extrême avant-garde, dans la région des aventures retentissantes ou désastreuses, on croit que nous avons déserté le combat, quand nous avons simplement changé de terrain et porté ailleurs notre activité.

Après avoir, avec Velpeau, Lisfranc, Roux et tant d'autres, avec l'écraseur linéaire et le thermocautère, fait pour la technique opératoire, autant, je pense, que nos rivaux, nous avons cessé d'inventer des méthodes et des procédés pour nous occuper, comme le voulait notre illustre Malgaigne, de la valeur réelle et du degré d'utilité de ces méthodes et de ces procédés.

Si nous paraissons rejeter au second rang la médecine opératoire, c'est pour mettre au premier la thérapeutique chirurgicale. Si nous montrons peu d'empressement à extirper les cancers du larynx et de l'utérus, à réséquer l'œsophage, le pylore, le poumon, à lier ou à suturer l'aorte, etc., c'est que notre solide bon sens gaulois nous a fait sans peine entrevoir la destinée inévitable de ces extravagantes vivisections, et qu'il nous a paru inutile de vanter aujourd'hui ce qu'il aurait fallu rejeter demain.

Si, dans nos salles de chirurgie, nous hésitons beaucoup à transporter les résultats obtenus dans les laboratoires d'expérimentation, c'est que, sous plus d'un rapport, nous n'assimilons pas l'homme aux batraciens, aux rongeurs, ni même aux mammifères les plus élevés dans l'échelle animale.

Et pourquoi, d'ailleurs, serions-nous donc si humbles? — Un progrès immense s'est accompli. La doctrine septicémique et la méthode antiseptique ont révolutionné la chirurgie moderne et l'ont couverte de gloire; mais notre pays n'a-t-il donc pas sa part dans ce grand événement?

Faut-il donc rappeler aux gens de courte mémoire Gaspard et Sédillot, à un bout de la série, et à l'autre, Pasteur, que l'on a le droit de célébrer même de son vivant? Nous estimons donc à sa haute valeur notre sympathique ami Lister,

mais nous tenons en grand honneur le pansement de notre éminent ami, Alph. Guérin.

Relevons la tête, car, en vérité, nous en avons le droit ; les chirurgiens français sont aujourd'hui, pour l'immense majorité, prudents, réfléchis et surtout profondément humains; ils ne sacrifient point le *tuto* au *cito*; ils pèsent soigneusement le pour et le contre de leurs actions; ils opèrent moins, sans doute, mais rien ne prouve qu'ils guérissent moins de malades; si leur œuvre est moins hardie, elle est de beaucoup, à coup sûr, moins meurtrière.

Pour être moins ardents et moins prompts à saisir le couteau et à se prosterner devant ce dieu du jour, ils n'en travaillent pas moins utilement aux progrès de notre art, car ils cherchent sans cesse à fixer les bases du traitement des affections chirurgicales, bases plus étendues, plus multiples qu'on ne le croit, puisque, dans le cas où l'intervention est ou semble nécessaire, il faut successivement peser et résoudre les questions relatives :

A l'indication opératoire;
A la contre-indication opératoire;
A l'opportunité opératoire;
A la préparation opératoire;
A la sélection opératoire;
A la technique opératoire;
A la thérapeutique opératoire;
A l'efficacité opératoire, enfin jugée par les résultats ultérieurs des opérations.

Il me parait, Messieurs, que si notre Ecole française arrive avant ses rivales à résoudre ces questions, nous pourrons nous consoler de n'avoir pas été les premiers à employer le thymol ou à réséquer le pylore ».

Si l'on compare ces belles et éloquentes paroles avec celles qu'ont prononcées MM. Jaccoud, Péter, etc., au cours de la récente discussion sur les traitements de la fièvre typhoïde, on verra que, sans rejeter en aucune façon l'expérimentation, méthode dont ils connaissent toute la valeur, médecins et chirurgiens français se laissent guider, avant toute autre considération, par le respect de la vie du malade.

C'est un éloge qu'il était bon de revendiquer pour notre pays.

*
* *

Fracture du crâne avec perte de substance cérébrale ; guérison en vingt jours.

Voici encore une observation qui prouve que les plaies du cerveau ne présentent pas toujours la gravité que l'on est habitué à leur assigner. Cette observation mérite, à un autre point de vue, d'être rapprochée de celle de M. Perrin, la marche naturelle de la maladie ayant, ici, démontré l'utilité qu'il pourrait y avoir à trépaner le crâne dans certains cas de traumatismes cérébraux.

Le 15 août 1881, à quatre heures du soir, le nommé Albert Marie, âgé de douze ans et quatre mois, tirait la corde d'une vieille cloche de l'école de Saint-Désir, de Lisieux, lorsque le contre-poids en fer de la cloche lui tomba sur la tête, au niveau de la bosse pariétale du côté gauche. Ce morceau pesait 2 kilog. et un hectog. et tombait d'une hauteur de 7 m. 20.

L'enfant fut renversé à terre par le coup ; mais ne perdit pas connaissance ; sa mère qui habite l'école où elle est employée comme journalière, ayant vu de loin l'accident, accourut et transporta son enfant sur un lit.

Celui-ci avait conservé sa présence d'esprit, s'excusait de son imprudence, et répondait à toutes les questions qu'on lui adressait.

Le Dr Levillain voit le blessé quelques minutes après l'accident, et constate ce qui suit :

Une plaie du cuir chevelu d'une longueur de trois centimètres à quelques millimètres au-dessous de la suture des pariétaux du côté gauche. La portion d'os située immédiatement en face de cette plaie est intacte, mais en écartant le lambeau de cuir chevelu du côté du frontal, le stylet rencontre une ligne rugueuse qui indique le siège exact de la fracture.

La fracture existe sur le pariétal gauche, près de sa suture avec le frontal, à trois travers de doigt au-dessous de la bosse pariétale. En cet endroit, on ne peut imprimer de mobilité anormale aux os ni sentir de la crépitation.

Dans les cheveux, et sur l'épaule gauche de l'enfant, on trouve des parcelles de substance cérébrale dont la quantité peut être évaluée au volume d'un haricot. Sur le sol, à l'endroit de la chute, on en trouve une quantité quadruple. Il n'est sorti que très peu de sang au niveau de la plaie. Le médecin ordonne le repos le plus absolu, fait placer l'enfant de manière que la tête soit élevée, et prescrit l'application constante d'une vessie pleine de glace sur la tête.

Tout se passe sans symptômes graves pendant treize jours ; l'enfant conserve toujours son intelligence, et se plaint seulement de céphalalgie.

Le quatorzième jour, dans la matinée, commencent à apparaître d'une façon lente et insidieuse des symptômes de compression cérébrale caractérisés par l'assoupissement de l'enfant qui tombe dans la torpeur, et répond à peine quand on l'interroge. Le malade ne peut remuer que très faiblement les membres du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la fracture.

On constate successivement du délire, du strabisme, un peu de dyspnée, et de la carphologie.

Cet état dure environ quarante-huit heures, lorsque, subitement, au niveau de la plaie, il se fait un écoulement de liquide sanguinolent dont la quantité est évaluée à une tasse à café.

A partir de ce moment, une détente générale se produit dans tout l'organisme, les symptômes alarmants disparaissent peu à peu, et le malade marche vers une guérison rapide.

Le vingtième jour après l'accident, l'enfant peut se lever. La dernière visite a lieu le 6 septembre. Le médecin permet à son malade d'aller à la campagne, vu l'état tout à fait satisfaisant.

Pendant toute la durée de la maladie, le traitement a consisté en applications de glace sur la tête et de sinapismes aux jambes.

Depuis le médecin a revu l'enfant qui se porte très bien et n'a conservé aucune trace de l'accident.

(*Journal des sciences méd. de Lille*).

J. G.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

—

SYNDICAT DES VALLÉES DE L'AISNE ET DE LA VESLE.

Extraits du réglement relatif aux usages professionnels et établissement d'un tarif minimum d'honoraires.

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Le Réglement relatif aux usages professionnels, que nous donnons ci-après, n'a pas la prétention de prévoir tous les cas qui peuvent se présenter, mais de donner des régles fixes pour les principaux, surtout dans les rapports entre confrères.

Les cas non prévus difficiles, devront être soumis à l'examen de la Chambre syndicale qui donnerait son avis, mais il pourrait être toujours permis d'en appeler à l'Assemblée générale. Quant à la contestation possible du prix des honoraires, avant d'entamer un procés civil, on devra demander l'avis de la Chambre syndicale et n'aller devant la justice qu'avec un avis conforme de la Chambre, ce qui donnera incontestablement beaucoup de poids à la réclamation.

Quand au Réglement pour le tarif des honoraires, il a pour but, non pas d'être un code draconien que chacun sera forcé de suivre à la lettre, mais d'être un guide prudent et sûr pour établir les moyens d'être indemnisés d'une façon juste et raisonnable des fatigues et du travail qui incombent au médecin. Mais c'est un *tarif minimum* que tous les membres du syndicat se sont engagés à suivre.

Le Dr Gérard, président du Syndicat de Rozoy-sur-Serre (Aisne), disait dernièrement avec raison : « Là où les honoraires médicaux s'avilissent, le Médecin est fatalement déconsidéré, et un jour viendra où les gens du monde se dégoûteront de la médecine pour rien comme des drogues au rabais; en attendant ce progrès du bon sens public, il faut que notre Syndicat entre dans la période d'action. »

Ces paroles s'appliquent aussi à nous et les Syndicats professionnels qui s'établissent partout, l'association bien entendue, et limitée à une petite région où les Médecins ont les mêmes clients, et, par conséquent, les mêmes intérêts, tout cela relèvera, j'en suis sûr, en peu de temps, l'exercice de notre noble profession. Les Médecins d'une même région, en se réunissant souvent, apprendront à mieux se connaître et par conséquent à s'estimer.

Ce nouvel ordre de choses, que nous travaillerons tous à faire rriver le plus tôt possible, remplacera, ou ces rivalité bruyantes, ou ces luttes sourdes qui existent trop souvent entre confrères et qui ont pour source certaine la non reconnaissance de clients aimant le changement.

Les règles que nous posons pour les rapports entre confrères empêcheront tout cela.

Pour fixer le tarif des honoraires, nous avons pris pour base, et l'importance du service rendu, et l'état de fortune du client.

Je ne pourrais mieux faire que de vous citer les lignes suivantes du Dr Penant, de Vervins, à l'Association locale de Laon, en 1872.

1° *Importance du service rendu.* — Une maladie longue et sérieuse qui a nécessité des visites multipliées, des soins de jour et de nuit, une étude particulière de la part du Médecin, ne peut être taxée à la visite.

On doit, dans ce cas, tout en prenant le nombre de visites pour guide, faire rémunérer les soins et les soucis prolongés qu'a exigés cette maladie.

Dans une autre circonstance, si on a à donner des soins pour une maladie grave, épidémique, contagieuse, le choléra, le croup, etc... par exemple, maladie qui peut ou guérir, ou emporter le malade en quelques heures, en prenant pour l'évaluation des honoraires le nombre de visites, on demandera une somme insuffisante qui ne pourra indemniser des soins multipliés et des dangers auxquels on a été exposé.

2° *État de fortune des clients.* — Le médecin doit être rétribué suivant la fortune de ses clients, pour cette raison d'abord, que les malades qui appartiennent aux classes riches exigent plus de soins et d'assiduité de la part du Medecin, des visites plus longues et plus régulières; et par cette autre raison admise par tous, que le Médecin doit trouver dans sa clientèle aisée, un faible dédommagement des soins qu'il donne gratuitement aux malheureux.

Tout ce qui suit est la conséquence légitime des considérations précédentes.

« Il faut que le Médecin tire de l'exercice de sa profession, a dit Marchal (de Calvi), non-seulement le pain de chaque jour, mais des ressources qui mettent sa vieillesse et après lui sa famille, à l'abri du besoin. C'est son devoir, c'est aussi son droit. »

RÉGLEMENT.

Les membres du Syndicat médical des Vallées de l'Aisne et de la Vesle, voulant concilier les intérets de l'humanité avec la dignité de leur profession adoptent, comme règle de conduite, les articles suivants et s'engagent sur l'honneur à s'y conformer.

Chapitre I.

ARTICLE PREMIER. — *Les Médecins ne réclament d'honoraires que des personnes qui peuvent rémunérer leurs soins.*

ART. 2. — Nul ne doit, sous quelque prétexte que ce soit, visiter clandestinement les malades d'un confrère.

ART. 3. — Lorsqu'un Médecin est appelé dans le *cours d'une maladie* à donner des soins à une personne étrangère à sa clientèle, il ne doit y aller qu'en consultation avec le premier Médecin traitant, à moins d'entente complète entre eux.

ART. 4. — Dans les communes limitrophes, où plusieurs Médecins exerçent en même temps, il est interdit aux Médecins syndiqués de prendre de nouveaux malades *notoirement* connus appartenant à un autre, sans être bien sûr que le premier Médecin est payé.

ART. 5. — Pour l'exécution de cet article, chaque mem-

bre du Syndicat a le droit de demander aux confrères exerçant dans la même localité, une liste des clients récalcitrants, et qui *pourraient* payer leur Médecin.

Art. 6. — Les honoraires de visites, opérations ou accouchements faits au nom d'un confrère malade, appartiennent intégralement à celui-ci.

Art. 7. — Tout médecin doit accepter, en consultation, celui qui lui est proposé par la famille, à condition qu'il soit diplômé et pratique honnêtement son art.

Art. 8. — Toutefois, le Médecin traitant a le droit d'appeler un second consultant à son choix, en cas de désaccord.

Art. 9. — Toute discussion en présence du malade est interdite.

Art. 10. — Les consultants doivent éviter de modifier *sans nécessité* le traitement adopté par le médecin ordinaire. Quand ils croient indispensable d'y apporter quelques changements, ils doivent user de la plus grande circonspection et prendre toutes les précautions propres à sauvegarder la réputation de leur confrère et à lui conserver la confiance de son malade.

Art. 11. — Toute contestation, toute difficulté entre confrères syndiqués, devront être soumises à l'examen de la Chambre syndicale qui statuera. Il pourra en être appelé à l'assemblée générale qui jugera sans appel.

Chapitre II.

Art. 12. — La clientèle médicale, quant aux honoraires, est divisée en trois catégories.

Honoraires de chaque visite :

Pour la 1re catégorie.	5 fr.
Pour la 2e catégorie.	3 fr.
Pour la 3e catégorie.	2 fr.

Art. 13. — Les visites de nuit sont payées le double des visites de jour au minimum.

Art. 14. — Les visites en consultation seront côtées 10 fr. en plus du prix de la visite ordinaire, quels que soient leur nombre et le temps qui les sépare.

Art. 15. — Les visites à heures fixées par le malade sont assimilées à une double visite.

Art. 16. — Toute visite surérogatoire, c'est-à-dire qui est faite dans la même maison à des personnes de la famille du malade principal est comptée comme une demi-visite.

Art. 17. — La consultation donnée dans le cabinet est du même prix que la visite.

Cependant, toute consultation donnée à un malade qui n'est pas du tout de la clientele ne peut être inférieure à 5 fr.

Art. 18. — Les honoraires d'une consultation écrite ne peuvent être inférieurs à 5 fr. Ils peuvent aller jusqu'à 20 fr.

Art. 19. — Tout certificat ne peut être délivré qu'à bon escient. Leurs prix est de 3, 5 et 10 fr. suivant leur nature.

Art. 20. — Les transports ou voyage dans les pays voisins dépendant de la clientèle sont tarifés au minimum à 1 fr. par kilomètre (aller et retour compris) pour la 3e classe, et à 1 fr. 50 pour les deux premières.

Cependant, on ne devra sortir à moins de 5 fr. jusqu'à 4 kilomètres exclusivement.

De 4 à 6 kilomètres, le prix sera de 6 fr. au minimum.

Art. 21 — La taxe entière sera supportée par tous ceux dont la position réclamerait une visite.

Art. 22. — Les autres malades des pays où ne réside pas le médecin, quand ils réclameront accidentellement ses soins, paieront la visite ou la consultation au minimum de 3 fr.

Art. 23. — Le prix des voyages de nuit est doublé comme celui des visites.

Art. 24. — Les prix des voyages en consultation, en plus de la consultation ou de l'opération ne seront pas inférieurs, *en dehors de la clientèle ordinaire*, à 2 fr. par kilomètre.

Art. 25. — Les consultations avec les médecins étrangers à la région, les médecins de Paris, par exemple, se paieront de 20 à 50 fr. en dessus du prix de la visite ordinaire ou du transport.

Art. 26. — Les Membres du Syndicat s'engagent d'honneur à s'appeler en consultation, de préférence aux autres médecins, toutes les fois que cela leur sera possible.

Art. 26 *bis*. — *Transitoire*. — Pour ne pas heurter les habitudes des pays où les prix sont inférieurs au présent tarif, les Médecins habitant le même pays *devront* s'entendre pour augmenter progressivement leurs prix, à la condition expresse de demander *le même prix, en même temps, pour les mêmes distances* et de s'engager à suivre le tarif actuel, (qu'ils ont voté), aussitôt que cela leur sera possible.

Les chapitres III et IV comprennent un tarif minimum d'honoraires, applicable à la région.

Chapitre V. — Des Recouvrements.

Art. 44. — Les médecins syndiqués envoient la note de leurs honoraires à la fin de chaque année.

Art. 44. — Le détail n'en sera jamais donné, la note ne portera que cette indication : doit M. X. depuis telle époque jusqu'à telle époque.

Art. 46. — Les clients qui ne règleront pas dans le courant qui suit la remise de leur note, devront au médecin l'intérêt à 5 0/0 par an, datant du jour de la remise de ladite note (1).

Art. 47. — En cas de contestation du prix des honoraires, il ne sera intenté d'action civile qu'après un avis conforme de la Chambre syndicale.

Art. 48. — Le présent réglement sera imprimé et distribué à tous les membres du syndicat qui l'ont adopté à l'unanimité.

1er janvier 1883.

Le Secrétaire général,
Dr H. Lécuyer, *de Beaurieux (Aisne).*

VARIÉTÉS

LES TRIBULATIONS D'UN ACCOUCHEUR A LA CAMPAGNE.

. . . .

En ai-je fait des accouchements non rémunérés! Y ai-je assez ruiné mes forces! Voyez-vous cette chambre mal close, que n'éclaire qu'un quinquet primitif, mêlant sa fumée aux émanations fétides de l'âtre, tandis que les commères pérorent et que leurs hommes fument du mauvais tabac. La délivrance tarde, et pendant ce temps vos compagnons de nuit avalent des petits verres. Il faut bien se soutenir. Dame! on n'a pas, comme le médecin, l'habitude de ne pas dormir. Ne pas dormir! Ils se fi-

(1) L'article 46 nous semble excessif.

gurent, sans doute, que le sommeil est un besoin factice, et que nous pouvons nous en passer. En attendant, ils cherchent à vous faire boire comme eux, et vous affirment que le docteur un tel n'est pas fier du tout, car il accepte un petit verre chaque fois qu'on l'en prie. « Vous n'avez pas connu M. X..., me disait-on une nuit; quel médecin c'était, Monsieur ! Malheureusement il ne commençait ses visites qu'à quatre heures du soir et vers huit heures il était gris. Un jour, appelé auprès d'une femme en mal d'enfant, il entre et demande de l'huile pour pratiquer le toucher. On lui en met dans un verre à eau-de-vie; comme on savait ses goûts, dans un autre on verse du cognac, mais, selon son ordinaire, il n'était pas tout à fait dans son assiette; il fait une pirouette, et se trompe de petit verre. L'huile y passa sans qu'il s'en aperçut. Il n'en fit pas moins bien l'accouchement. »

On me bûchait un confrère, mais j'avais ri un moment, et je trouvais le temps un peu moins long.

D'autres fois, j'ai assisté à des scènes bizarres, ayant un cachet d'originalité locale, valant toute une étude de mœurs. Voici une scène entre plusieurs: Jean-Pierre et Sidonie s'aimaient d'un amour trop peu platonique; c'est moi qui fis l'accouchement qui en fut la conséquence ultime, et comme trop souvent, hélas ! *gratis pro Deo*. La mère de Sidonie avait, quand j'arrivai chez elle, un très gros chagrin ; mais n'allez pas croire que ce fût parce que sa fille était dans cette position; c'était bien là le cadet de ses soucis. N'était-ce pas une preuve que Sidonie était recherchée et en même temps bonne à quelque chose? Ce qui la tenait au cœur, c'est que *la mère à Jean-Pierre* n'était pas venue grossir l'aréopage des voisines qui devait présider à la naissance du *jeune à Sidonie*. « Mais sa place est ici, disait-elle, c'est un affront qu'elle nous fait en restant chez elle dans un moment comme celui-ci. » Elle répétait cela sur tous les tons, et, au milieude ses souffrances, Sidonie lui faisait chorus. Mais tout à coup la porte s'ouvre et Jean-Pierre apparaît escorté de sa maman. Entre les deux mères la paix fut bientôt signée; séance tenante on la scella d'une tasse de café. Pendant ce temps Jean-Pierre s'était jetée dans les bras de Sidonie qui, sous cette douce étreinte sentit ses forces décupler et ne tarda pas à se débarrasser de son faix. Bientôt tout le monde but à la santé du nouveau-né. Mais, suivant une expression ignoble, que j'ai trop souvent entendu répéter, le pauvre petit *n'était pas pour élever*. Le père l'oublia, la mère ne lui donna pas le sein; il fut nourri avec des décoctions d'orge beaucoup de sucre et très peu de lait. Il devint bien vite athrepsique. Réduit à l'état de squelette, entérique autant qu'un enfant le puisse devenir, il n'en vécut pas moins huit longs mois. Il pesait sept livres en naissant trois au moment de sa mort. Je l'avais surnommé *Misère*. J'étais tellement habitué à voir cette petite momie vivre quand même, que malgré moi j'en étais venu à me persuader que *Misère* résisterait. Il eût résisté en effet, si presque tous les soins nécessaires ne lui eussent manqué. *Misère* eut, dans le plus court espace de temps possible, des frères et des sœurs, tous de pères différents. Les uns sont morts aussi et les autres ont vécu. Ces derniers ont été *reconnus* en masse par un militaire, qui, son congé fini, avait fait la connaissance de Sidonie depuis huit jours et l'épousa légitimement.

Une de mes vaillantes compagnes de ces maudites nuits d'accouchements était une femme qui avait passé quatre-vingts ans, et que l'on appelait la *Mère Marie*. Elle était, disait-elle, sage-femme de mère en fille. C'était elle, ou peu s'en faut, qui depuis plus d'un demi-siècle, avait présidé à toutes les naissances de son village comme garde ou comme accoucheuse. Accoucheuse, ce n'était pas bien malin, car voici comment « de mère en fille » on savait procéder : dès que la patiente souffrait, deux personnes la prenaient sous les bras, et la faisaient marcher sans trève ni merci, ne la laissant souffler une minute qu'au moment des douleurs. Quand celles-ci devenaient trop fortes, la femme était mise sur ses genoux par terre et on lui faisait appuyer les coudes sur une chaise. Une fois là, elle n'avait plus le droit de bouger, et c'est dans cette position qu'elle devait accoucher. On ne la touchait pas, à quoi bon? A chaque poussée, à chaque plainte, on glissait entre les cuisses de la patiente une petite corbeille. La douleur passée, la corbeille était retirée; on la remettait en position à une douleur nouvelle, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la dernière arrivant, l'enfant tombait dans la corbeille. Mais ce procédé que la mère Marie avait employé pendant bien longtemps, elle reconnaissait elle-même qu'il était primitif et barbare. Elle ne répugnait pas à faire reposer ses accouchées, et à les laisser mettre au lit, quand elles avaient trop de fatigue. Elle prétendait que l'usage des *fers* pouvait être utile, que leur application bien faite n'était pas nuisible, « ni même douloureuse; » elle affirmait que je les mettais fort bien. Ai-je besoin de le dire, nous avions des sympathies l'un pour l'autre. Quoiqu'elle ne sût ni lire ni écrire, elle ne manquait point d'intelligence; toutefois, je n'ai jamais pu lui faire comprendre qu'une accouchée eût besoin d'ablutions; il m'a toujours été impossible de la convertir à ce simple précepte d'hygiène. Le soleil a des taches; ma Lucine campagnarde n'était pas tout à fait parfaite.

J'ai eu l'occasiou de faire un accouchement dans un bateau, et un autre dans une voiture de saltimbanques.

Dans le bateau, c'était par une belle nuit d'octobre. La lune répandait sur le canal de la Somme sa joyeuse clarté blanche. Les peupliers voisins se balançaient mollement sous une légère brise. L'eau venait doucement clapoter sur les rives garnies de roseaux, de menthes et de véroniques. Je vis rarement rien de plus poetique. Le bateau était chargé de galets pris à la pointe du Hourdel et gagnait les fabriques de faïence de Sarreguemines. Il était habité par un ménage patriarcal. Des enfants nés dans les endroits les plus variés, étaient couchés deux par deux et par étages successifs dans un meuble que je comparerais volontiers à une grande commode. Dans une autre pièce que celle où ils se trouvaient, était le lit de l'accouchée. « C'est la plus belle chambre de la maison » me dit le marinier. On y pénétrait par le plafond, à l'aide d'une échelle presque verticale; elle était exiguë, mais surtout extrêmement peu élevée, car tout le temps que j'y demeurai, je dus rester assis ou courbé.

L'accouchement lui-même n'offrit rien de particulier.

Il n'en fut pas ainsi de celui que je fis chez les saltimbanques. C'étaient des saltimbanques pauvres, courant de village en village pour gagner péniblement une vie des plus médiocres. Ils avaient pour tout bien une voiture à deux roues accablée de vétusté, qu'au relai on ca lait tant bien que mal avec de méchants bâtons, et un vieux cheval à longs poils dont l'échine avait depuis

ongtemps oublié les caresses de l'étrille. Le père était amputé d'une cuisse. Comme sa femme, il avait le teint bazané des *gitanos*, quoiqu'il se prétendit alsacien. Les enfants, il y en avait bien une douzaine, étaient foncés comme eux, à l'exception d'un gros garçon aux cheveux roux. La mère, quand je la vis, était en proie à des accès éclamptiques subintrants et avait perdu connaissance à dix lieues de chez moi. L'amputé n'eut-il pas le toupet de me dire qu'il l'avait amenée de loin dans cet état, attiré par ma réputation. Il était onze heures du soir quand je pénétrai dans leur misérable intérieur qui n'avait pas trois mètres carrés de superficie. Dans un coin, sur quelques brins de paille, tous les enfants dormaient enchevêtrés les uns dans les autres, montrant les uns eurs bras et les autres leurs jambes, ceux-ci leur tête et ceux-là leur derrière. A droite, un gros chien grincheux; à gauche, une table boîteuse; au milieu, deux escabeaux dont l'un pour l'amputé et l'autre pour moi. Tout près, un méchant grabat sur lequel la patiente se débattait. Le col était dilaté, mais l'utérus était frappé d'inertie; les battements du cœur fœtal ne s'entendaient plus; les crises éclamptiques, malgré du chloral et une saignée, continuaient: Je retirai le fœtus à l'aide du forceps. Etait-il mort? Je crus saisir un battement de cœur, quoique le cordon coupé ne laissât pas couler de sang. « Baptisez-le, monsieur » me dit le père, qui s'accroupit dans la posture de la prière, pendant que je prononçais les paroles sacramentelles. Mais l'enfant ne revint pas à lui; en vain je fis des frictions et massages; en vain je fis la respiration artificielle et pratiquai l'insufflation; rien n'y fit. Cependant un orage qui menaçait depuis longtemps éclata tout à coup; le vieux cheval qui errait à l'aventure non loin de là se réfugia brusquement contre la voiture; celle-ci perdit son équilibre et s'abattit sur ses brancards. La lumière s'éteignit, et nous roulâmes tous les uns sur les autres, enfants, chiens, amputé, éclamptique et accoucheur. C'était une situation infernale. La pluie tombait à torrents; le tonnerre roulait des coups précipités; les éclairs sillonnaient la nue. A l'arrière de la voiture, le cheval bondissait et nous secouait comme des noix dans un sac, le chien aboyait, les enfants criaient, l'éclamptique que je ne pouvais voir qu'à la lueur de l'orage continuait à se tordre dans des convulsions de plus en plus violentes. L'amputé et moi parvînmes cependant a sortir et nous pûmes remettre la voiture en équilibre. Mais bientôt la pauvre accouchée tomba dans le coma et peu après, elle râlait son dernier souffle. Quand je pus aller me mettre au lit, vous me croirez bien quand je vous dirai que je dormis peu et que mon court sommeil fut entrecoupé de cauchemars effrayants.

Je ne veux pas laisser mes lecteurs sous l'impression de cette aventure pénible. Voici un joyeux souvenir qui date de mes études :

J'étais de garde à l'hôpital Saint-Antoine. Une nuit, vers une heure, on m'éveille, pour recevoir une accouchée. Elle était venu elle-même portant dans ses bras un enfant à peu près nu. Je la reçus d'urgence. Le lendemain elle me raconta son histoire. Mais je lui laisse la parole : « Je suis, monsieur, une personne très gaie. J'aime le bal. Je ne m'en suis jamais privée pendant ma grossesse, qui cependant hier dépassait sept mois. A dix heures, hier, j'étais une des premières à la danse tout près de la place du Trône Je me démenais de mon mieux. Après quelques contredanses, je sens des douleurs. Tant pis, dis-je: si ça doit venir ce soir, quoique je ne sois pas à terme, je ne quitterai le bal que le plus tard possible. Mais les douleurs continuaient. Plus je souffrais, plus je dansais. Dans un *cavalier seul*, que dans nos bals, on fait aux dames la politesse de leur abandonner, mordue par une vive tranchée, je faisais en dansant des contorsions épouvantables ; j'eus un succès fou. Puis le *galop* survenant, j'entrainais mon danseur avec une vigueur que je ne me connaissais pas, quand tout à coup mes eaux se rompent. Voilà qu'on s'aperçoit de l'accident ; on l'attribue à tout autre chose qu'à sa cause réelle. Les quolibets pleuvent sur moi. Je veux m'enfuir ; on me poursuit. Je me sauve au dehors; on se met à mes trousses; je descends en courant le boulevard Mazas; j'avais derrière moi une trentaine d'enragés qui cherchaient à me rattraper. Au détour de la rue de Charenton j'escalade la clôture en planches d'un chantier de bois. Heureusement mes traqueurs avaient perdu ma trace. Je m'asseois à terre ; il était temps ; l'enfant est venu cinq minutes après. Je l'ai emveloppé dans mon mouchoir. Tout petit qu'il est, on dirait qu'il veut bien vivre. » Elle avait raison ; l'enfant vécut et la maman aussi. Dix jours après elle sortait de l'hôpital sans qu'il lui fût survenu aucune complication fâcheuse.

Dr Pierre.

(Gazette méd. de Picardie.)

NOUVELLES

Le Choléra. — Voici le tableau des décès de cette semaine :

	Damiette.	Chirbine.	Mansourah.	Samanoud.	Mensaleh.
4 juillet	146	6	47	—	—
5 —	120	—	32	16	—
6 —	72	3	50	9	11
7 —	96	—	48	14	20
8 —	88	7	64	9	—
9 —	52	2	89	17	—

En outre il y a eu, à Alexandrie, un décès le 4, un le 7 et un le 8.

Vendredi dernier, 6 juillet a été tenue à la préfecture de police, la séance hebdomadaire du conseil d'hygiène publique, sous la présidence de M. le docteur Lagneau.

Indépendamment de l'ordre du jour de la séance, le conseil a délibéré sur les mesures à prendre en vue d'écarter de Paris l'invasion du choléra.

Après avois constaté par l'examen des rapports officiels que le fléau n'a pas franchi les rivages de la mer Rouge et les bords du Nil, où il paraît être localisé, et qu'aucun cas n'a été constaté sur les côtes de France, le conseil a cru, néanmoins, qu'il était prudent de prendre certaines mesures préventives, plutôt pour donner satisfaction à l'opinion publique que pour prévenir un danger qui n'existe pas.

Après un échange de vues de tous les membres présents, une commission spéciale a été nommée.

Elle est ainsi composée : MM. Pasteur, docteur Loiseau, docteur Dujardin-Beaumetz, docteur Lagneau, docteur Bouchardat, docteur Bourgoiu.

Cette commission a été chargée de réviser, s'il y a lieu, les instructions prescrites en 1865 et en 1874 en vue du choléra. Elle a dû tenir sa première réunion lundi matin.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

21 Juillet 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — Nº 29

SOMMAIRE

ASSEMBLEE GÉNÉRALE.

DES

Membres du « Concours médical. »

CONVOCATION.

Le Comité de Direction *a l'honneur d'informer MM. les membres du* Concours médical *que la réunion annuelle de l'Assemblée générale aura lieu le dimanche 19 août. — On a fait choix de cette date à cause de la plus grande facilité des déplacements à cette époque de l'année.*

Le Conseil des Comités se réunira, comme le prescrivent les statuts, le samedi 18, *veille de l'Assemblée.*

Conformément à l'article 3 de la tenue des Assemblées générales, les membres du Concours *qui auraient des propositions à présenter sont invités à en aviser le Directeur.*

Ceux de nos adhérents qui, ne pouvant se déplacer, désireraient néanmoins faire quelques propositions à l'Assemblée générale, peuvent aussi les adresser à l'avance par écrit au Directeur, qui sera heureux d'être leur intermédiaire.

RÉGLEMENT.

Concernant la tenue de l'Assemblée générale.

ARTICLE PREMIER. — La convocation pour les Assemblées générales est faite par simple avis inséré au journal, quinze jours au moins avant celui fixé pour la réunion.

ART. 2. — Le bureau est constitué par le Directeur, *Président de droit,* deux assesseurs choisis parmi les membres de l'Assemblée et tous les membres des comités présents. — Le bureau choisit son secrétaire.

ART. 3. — Dans l'intérêt de la discussion, et pour rendre les débats aussi fructueux que possible, *tout membre, qui voudra présenter une motion à* l'Assemblée, devra en faire connaître la teneur au Directeur huit jours au moins avant la date de la réunion.

ART. 4. — Procès-verbal sera dressé des résolutions de l'Assemblée, et publié dans le numéro du journal qui suivra la réunion.

BULLETIN

A propos de la dernière communication de M. Proust, M. *Bouley* fait connaître l'expérience de M. Verrier, vétérinaire à Rouen, relative aux effets de l'introduction de la graine du lathyrus cicera, gesse chiche ou jarosse, dans le régime alimentaire des chevaux.

L'expérience commença le 18 octobre 1867 sur quarante-cinq chevaux; cent cinquante autres chevaux soumis au régime ordinaire servirent de *témoins.* La ration journalière de graines de gesse fut de un litre à un litre et demi, qu'on ajoutait à treize litres d'avoine jusqu'au 8 janvier; du 8 au 27 janvier, elle fut portée à deux litres;

puis on la réduisit graduellement jusqu'au jour où les accidents survenus la firent supprimer complètement.

Ces accidents se manifestèrent dès le 12 janvier chez un cheval, le 26, chez un second; le 12 et le 20 février chez deux autres. Les animaux présentaient d'abord des symptômes de paralysie du train postérieur, puis un cornage d'une intensité considérable pour lequel on dut pratiquer la trachéotomie ; les quatres premiers animaux périrent d'asphyxie, quelques-uns même d'une façon subite.

La suppression de la jarosse ne fit pas cesser immédiatement les accidents : des quarante-cinq chevaux soumis à l'expérience, vingt-neuf furent atteints des mêmes symptômes morbides : neuf succombèrent soit à la paralysie, soit à l'asphyxie, vingt purent être conservés après avoir subi la trachéotomie. Les cent-cinquante chevaux *témoins* n'éprouvèrent rien de semblable, ce qui acheva de démontrer que les accidents étaient bien dus à l'usage de la jarosse.

Des canards, des paons, des oies, auxquels on avait fait manger de la jarosse, sont morts de même, après avoir présenté des symptômes d'ivresse, de somnolence et de paralysie.

Il semble donc hors de doute maintenant, que le lathyrus contient un principe toxique exerçant une action élective sur le centre nerveux cérébro-spinal : de là à conclure que cette plante pourrait être utilement employée dans le traitement de la rage, il n'y avait qu'un pas, M. Bouley n'a pas hésité à le franchir ; nous espérons qu'il nous fera connaître ultérieurement le résultat de ses expériences. — Du reste le sujet n'est pas épuisé et la discussion sera continuée à la prochaine séance.

Élection. — M. *Andouard*, de Nantes, est élu membre correspondant dans la division de chimie médicale et pharmacie.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC SUTURE UTÉRINE.

Opération césarienne nécessitée par un rétrécissement rachitique de 50 millimetres du bassin. Rupture de la suture utérine et mort par hémorrhagie le troisième jour.

Par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

(*Suite*).

Pour démontrer l'importance capitale d'une bonne suture utérine, je citerai au hasard un certain nombre de cas empruntés à la pratique contemporaine. On y trouvera presque toujours la mention de quelques circonstances en harmonie avec l'opinion que je cherche à faire prévaloir. Je distinguerai deux catégories de faits, selon que l'on a eu, ou non, recours à la suture utérine.

I — Cas où l'on s'est abstenu de pratiquer la suture utérine.

On lit dans le *Compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine* du 9 avril 1839, la relation d'une opération césarienne pratiquée par M. Paul Dubois. Il existait entre la paroi antérieure de l'utérus et les muscles abdominaux, une couche molle, parfaitement dépressible, que la percussion en donnant un son clair, que l'auscultation en faisant percevoir un gargouillement marqué, firent regarder avec raison comme formée par quelques circonvolutions intestinales; cette disposition, qui se rencontra en effet, compliqua le manuel opératoire. La mort survint quarante heures après l'opération. Les intestins grêles offraient une coloration rosée due au *contact* et à *l'imbibition du sang*, plutôt qu'à un travail inflammatoire. *Un peu de sang s'était épanché* en bas au devant de l'utérus, dans un point où le contact immédiat avec les intestins n'avait pas lieu.

Les *Annales de la société de médecine de Gand*, 1839, contiennent la relation d'une opération césarienne, pratiquée par M. Hœbeke de Sottegem. Pas de suture utérine. Tout alla bien jusqu'au septième jour, lorsqu'une hémorragie utérine enleva l'opérée en peu d'instants. Il s'était fait aussi *une rupture de la matrice*, à la face antérieure de cet organe, et un peu du côté gauche, sans doute grâce au défaut de résistance des adhérances contractées d'abord entre les bords de la plaie utérine et les tissus voisins, ce qui ne pouvait manquer d'occasionner un épanchement de sang dans le péritoine.

Chacun connait le beau succès obtenu par M. Stolz et consigné dans les *Archives médicales de Strasbourg*, 1836. Dans l'angle inférieur de la plaie, l'opérateur crut devoir placer un séton, qui pénétrait dans la cavité utérine pour faciliter l'écoulement des liquides épanchés. C'est là une pratique dont le peu d'efficacité ne fait plns de doute pour personne. Il n'y eut pas de suture utérine. Mais au prix de quels dangers la patiente parvint-elle à la guérison ! L'observation se termine ainsi : « Les suites de l'opération ont été orageuses. Fièvre ardente, douleurs abdominales atroces, tympanite, insomnie, délire, diarrhée, lipothymies, etc., tels sont les accidents qu'on eut à combattre successivement jusqu'au quarantième jour, » signes non équivoques d'entéro-péritonite peut-être due à un épanchement intra-péritonéal, ou assez médiocre pour ne pas occasionner la mort rapide, ou dont la tolérance s'est établie grâce à une heureuse disposition de l'économie.

Dans deux autres cas, les opérées sont mortes de péritonite, l'une au quatrième jour, l'autre au huitième.

On lit dans la correspondance de la *Gazette*

médicale, n° 47, année *1835*, une observation d'opération césarienne pratiquée par M. Putégnat de Lunévillle, dans un cas de tumeur fibro-celluleuse pédiculée, implantée sur le ligament obturateur et occupant l'excavation du petit bassin. La femme mourut quarante-huit heures après l'opération. « La putréfaction *de quelques caillots sanguins dans la cavité péritonéale* me paraît, dit l'auteur, être la cause première des eschares qu'offraient le péritoine et la matrice, et que l'on aurait pu soupçonner dès le lendemain de l'opération en voyant les symptômes suivants : sueurs froides, pouls fréquent, bientôt prostration et insensibilité du ventre. »

La femme opérée par M. Bello (*V. transactions méd. 7 sept.* 1833) expira quinze heures après l'opération. « *Toute la cavité du bassin et une partie de l'abdomen étaient remplies de caillots de sang* ». Le bassin avait ses dimensions normales; mais la disposition de la colonne vertébrale rendait compte des difficultés de l'accouchement; elle était soudée, à angle droit, sur la face antérieure du sacrum (gibbosité) et s'inclinait à gauche. Cette disposition coupait le détroit supérieur en deux parties, dont la plus grande n'avait que deux pouces et demi de largeur.

M. Salder rapporte dans *Med. Times and gaz.* 1864, un cas d'opération césarienne nécessitée par la présence d'une tumeur hydatique du foie, qui obstruait le petit bassin, réduisant le diamètre antéro-postérieur à un pouce et quart (an inch and a quater), soit à 40 millimètres, et qui fut prise pour une exostose. Sans doute la tumeur avait une dureté osseuse et la méprise se comprend, bien qu'une ponction exploratrice eût suffi pour lever tous les doutes. Mais là où la conduite du chirurgien ne nous paraît pas à imiter, c'est lorsque, après l'incision abdominale, ayant vu sortir de l'abdomen une masse de kystes, il les y a refoulés purement et simplement. Si, profitant de l'ouverture de cette cavité, il avait débarrassé la femme de sa tumeur, n'est-il pas à supposer qu'il aurait pu ainsi dégager l'entrée du bassin et borner là son opération sanglante ? Un fœtus mort-né a été extrait. On ne fit pas de suture utérine,

L'auteur ne mentionne pas la cause de la mort qui eut lieu vingt-quatre heures après; mais il est infiniment probable qu'elle a consisté, comme à l'ordinaire, dans l'épanchement intrà-péritonéal.

M. Lebleu, de Dunkerque, a pratiqué l'opération césarienne deux fois sur le même sujet. (V. *Union médicale*, 27 octobre, 1857). Le lendemain de sa première opération, des douleurs vives se déclarèrent. Le chirurgien les attribuant à la présence des points de suture, enleva ces derniers, et se contenta de maintenir les lèvres de la plaie avec de longues bandelettes de diachylon. Il s'en suivit un soulagement marqué. La même femme étant redevenue enceinte, dut subir encore une fois l'opération césarienne. Non seulement on ne fit pas de suture utérine comme précédemment, mais on omit même, à dessein, de réunir la plaie abdominale par la suture. La malheureuse opérée mourut d'hémorrhagie le surlendemain.

Le 13 septembre 1873, M. Yarrow fit part à la *Société obstétricale de Londres* d'un cas d'opération césarienne avec suture de la paroi abdominale, sans suture utérine. La mort eut lieu le cinquième jour; l'écartement des lèvres de la plaie utérine mesurait 3cm, 75. *Il s'était épanché un peu de sang noirâtre dans le bassin.*

L'*Union médicale* du 22 septembre 1877, cite un cas de succès complet pour la mère et pour l'enfant dû à M le Dr Borie. Rétrécissement de 5 à 6 centimètres. Longueur de l'incision : 16 à 17 centimètres. Mèche à l'angle inférieur de la plaie; Point de suture utérine. Le 3ème jour, nuit agitée, ventre météorisé, soif vive, pouls à 125; les accidents se calmèrent les jours suivants. L'auteur atttribue son succès 1° à la longueur de l'incision (?) 2° à la situation de l'incision utérine à la face supérieure de l'organe, ce qui, dit-il, permet aux liquides de s'échapper par les voies naturelles.

Une opération césarienne pratiquée par M. Depaul pour une tumeur fibreuse, sans suture utérine, fut suivie de la mort le 3ème jour.

De deux opérations pratiquées par M. Tarnier, l'une est une opération de Porro suivie de succès, l'autre est une opération césarienne classique suivie de mort (*Académie de médecine*, séance du 29 juillet, 1879). Cette dernière était nécessitée par une tumeur fibreuse de l'excavation pelvienne. On attendit que l'enfant eût cessé de donner signe de vie, que l'écoulement vaginal fût devenu fétide, que la femme allât en s'affaiblissant, pour se décider à intervenir. On constata que le placenta et l'enfant étaient putréfiés, ainsi que la partie interne de l'utérus. Le 3ème jour, la femme succomba à l'infection putride.

Nous bornons là nos citations dont nous nous réservons de tirer plus loin l'enseignement qu'elles nous paraissent fournir.

II — Cas dans lesquel son a eu soin de pratiquer la suture utérine.

On trouve dans le *Bulletin de thérapeutique* du 15 février 1873, l'observation bien intéressante d'une opération césarienne pratiquée par M. le Dr Fourrier, chirurgien adjoint des hôpitaux de Compiègne. Au cours de l'opération, il survint une hémorrhagie grave, que rien ne réussissait à arrêter. Le chirurgien eut alors l'idée bien naturelle d'affronter les lèvres de la plaie. Il plaça trois ligatures fortement serrées, embrassant les deux tiers de l'épaisseur des parois utérines. Succès complet pour la mère et pour l'enfant.

Un cas moins heureux est celui que M. le professeur Pilat de Lille, a consigné dans les *Annales de gynécologie*, 1879. Il s'agissait d'un rétrécissement sacro-pubien de 3 centimètres. La plaie utérine fut réunie par deux points de suture, avec des fils d'argent et on laissa un drain dans son angle inférieur. Des vomissements consécutifs dus, selon l'auteur, au chloroforme, fatiguèrent beaucoup la malade. Pendant les efforts qu'ils provoquaient, il s'échappait du sang par la partie inférieure de la plaie abdominale, ce qui prouve que la plaie utérine était incomplétement fermée, et le nombre des points de suture insuffisant. La

mort survint le lendemain de l'opération. A l'autopsie, on trouva *un peu de sang épanché dans le petit bassin.*

Il faut citer enfin le beau succès dû à la suture élastique entre les mains de M. le Professeur Grandesso Silvestri de Vicence. (*Lettera all' illustré professore Tito Vanzetti*, Padoue, 1874). « Jusqu'ici, dit l'auteur, j'ai employé la suture élastique pour lier et couper les tissus ; maintenant pour la première fois, je m'en suis servi pour réunir les tissus coupés. » Son but est d'assurer l'union des lèvres de la plaie ; car il pense que les fils élastiques, suivant les contractions de l'utérus, sont propres à maintenir constamment en contact les bords de la plaie et à empêcher absolument l'épanchement du sang dans la cavité abdominale.

Le fil, dont il fit usage, était formé de gomme élastique enroulée de soie. Il fut passé à 1 centimètre du bord de l'incision de chaque côté, et la tension en fut réglée de façon qu'on pût mettre un doigt au dessous du nœud. Succès pour la mère et pour l'enfant.

Toutefois, une seconde application de la suture élastique ne fut pas heureuse. La femme succomba cinquante heures après l'opération. Mais M. Silvestri estime que ce résultat était prévu et que l'autopsie est venue démontrer l'excellence de son procédé. En effet, les lèvres de la plaie utérine étaient exactement réunies et il ne s'était produit aucun épanchement dans la cavité abdominale.

(*à suivre*)

MÉDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS DE LA LANGUE.

Il arrive à chaque instant que nous soyons appelés à constater sur la langue d'une personne qui nous vient consulter une ou plusieurs ulcérations de cet organe. Ce n'est pas toujours chose facile que de mettre un nom sur telle de ces lésions et que d'indiquer au malade le meilleur moyen de se guérir.

L'aspect objectif de la plupart des entamures de la langue ne présente que des caractères vagues et mal définis ; c'est par la considération des commémoratifs et l'examen minutieux de la personne entière du malade qu'on peut seulement se décider, dans le plus grand nombre des cas, pour tel ou tel diagnostic.

Nous allons successivement passer en revue les affections capables d'ulcérer la langue, et nous ferons le bilan des signes attribués à chacune d'elles par les auteurs. Mais nous serons amenés a reconnaître qu'il existe en clinique des cas où la difficulté du diagnostic est presque insurmontable par suite de la coexistence chez le même malade de plusieurs causes morbigènes.

Nous diviserons en cinq catégories les ulcérations de la langue : La première comprend celles qui résultent d'un état d'irritation ou d'inflammation ; cette inflammation peut elle-même être causée et entretenue par des causes très variables.

Les trois suivantes sont de nature diathésique ; c'est la syphilis, le cancer ou la tuberculose qui les ont fait naître.

La dernière catégorie est celle où des causes multiples, diathésiques ou imflammatoires, peuvent être invoquées avec une vraisemblance presque égale ; elles présentent des caractères hybrides, ambigus.

I

Ulcérations d'ordre inflammatoire.

Toutes les fois qu'il existe en un point des gencives une dent cariée, ébréchée, rugueuse, dont l'arête vive et saillante est tournée vers la langue, cet organe peut présenter, et doit même presque nécessairement offrir, au bout d'un certain temps, une perte de substance consécutive à l'inflammation mécanique que les frottements incessants y déterminent. Au début, il s'agira d'une ou plusieurs érosions si superficielles et si minimes, que le malade en aura à peine conscience, qu'il en ressentira à peine de l'agacement ; mais au bout d'un temps variable, ces érosions s'étendent en surface et en profondeur, se fusionnent, et voilà une véritable ulcération constituée, douloureuse, tenace, gênante pendant la mastication. On nous consulte alors, et il se peut que nous ne soyons pas de suite sur la voie du vrai diagnostic. Un noyau de phlegmasie chronique a pu se développer autour de l'ulcération, noyau dur et rénitent : c'est la *glossite dentaire*.

Un dentiste des plus distingués disait un jour à M. le professeur Fournier, qu'il avait eu fréquemment à soigner des malades qui, sans avoir jamais eu la syphilis, avaient été néanmoins traités par le mercure, en raison de ces ulcérations dentaires considérées à tort comme syphilitiques.

Un examen attentif fera reconnaître le rapport de voisinage et de juxtaposition de la perte de substance avec la dent ébréchée ; le limage ou l'aulsion de cette dent suffira à dissiper la lésion en vuelques jours.

L'usage du tabac, pris sans modération, peut déterminer une glossite avec des ulcérations. Celles-ci sont souvent multiples, disséminées, superficielles ; mais quelquefois, si le sujet est peu soigneux de sa bouche, s'il est en même temps alcoolique et cachectique, elles peuvent être plus creuses, assez étendue jusqu'à égaler une pièc de cinquante centimes ; elles peuvent reposer sur un tissu induré, offrir un fond jaunâtre et de mauvais aspect, qui fera songer à des syphilides ulcéreuses.

Mais cette *glossite des fumeurs* est nécessairement de date très ancienne, pour être parvenue à ce degré. Elle détermine, en outre, des ulcérations, des plaques nacrées, d'apparence blanchâtre, sorte d'enduit pelliculaire lisse qui ressemble

assez bien à ce que serait la langue recouverte de collodion ou récemment cautérisée avec le nitrate d'argent. Or, ces plaques blanches ne siègent pas seulement sur la langue, où elles pourraient à la rigueur être confondues avec d'autres états morbides de cet organe; on en trouve aussi constamment à la face interne des joues, tout près des commissures labiales, où leur présence est vraiment pathognomonique de l'abus exagéré et chronique du tabac.

L'élimination du mercure par la voie buccale, par quelque procédé que ce médicament ait été administré (pilules, frictions), peut déterminer une stomatite allant jusqu'à l'ulcération. Les caractères de la *glossite mercurielle* sont utiles à connaître. L'inflammation buccale commence toujours derrière la dernière molaire, du côté où le malade dort, pour s'étendre graduellement. Les gencives se gonflent, deviennent chaudes, douloureuses, saignantes; le collet des dents s'entoure d'un cercle rouge vif; l'haleine prend une odeur d'une fétidité caractéristique. Les malades éprouvent une sensation désagréable de sécheresse buccale et un goût métallique, des douleurs dans les mâchoires, surtout vers les angles de celles-ci; les dents vacillent et semblent allongées. Puis la muqueuse buccale toute entière, s'étant tuméfiée et rougie, se recouvre d'un enduit blanchâtre et limoneux. La langue en est surtout le siège; elle s'est élargie et porte l'empreinte des dents. Si le mal s'aggrave, on voit apparaître des ulcérations recouvertes d'une couche grisâtre pseudo-membraneuse, qui augmentent rapidement, mais plus en étendue qu'en profondeur, et quelquefois se confondent en une seule surface ulcéreuse. La bouche, entr'ouverte, s'emplit continuellement d'une salive filante, quelquefois teintée de sang, qui s'écoule spontanément par les commissures labiales.

La susceptibilité à l'action du mercure est très variable, suivant les individus; il en est qui, après l'absorption de quelques pilules de proto-iodure, après deux frictions d'onguent napolitain, seront atteints de stomatite. Il faut savoir qu'on n'est pas toujours maître d'enrayer celle-ci, quand elle s'est déclarée, tandis que le chlorate de potasse, donné préventivement, les soins hygiéniques de la bouche, la défense de fumer, la précaution de ne faire absorber, au début d'un traitement, que de faibles doses, sont des moyens qui doivent rendre excessivement rares les accidents buccaux dans la pratique des médecins prudents. (Hallopeau) (1).

Les ulcérations de la *glossite aphtheuse* se rencontrent chez les enfants très jeunes, dans la partie profonde de la bouche; chez les adultes, sur les bords et la pointe de la langue. Elles ont été précédées d'un picotement désagréable; un petit point jaunâtre d'un ou deux millimètres, entouré d'un cercle rouge, s'agrandit peu à peu, peut atteindre, au bout de huit à dix jours, l'étendue d'un centimètre. Les grands aphthes ne sont pas toujours absolument circulaires, leurs contours peuvent être allongés ou anguleux. Les petits sont souvent cachés entre les papilles linguales, et on ne les découvre qu'après un examen attentif, tandis que le malade en accuse bien l'existence par l'agacement qu'ils lui causent. Leur caractère pathognomonique, c'est la présence d'un exsudat crémeux, ayant la consistance et la couleur du beurre frais; cette matière crémeuse peut n'exister qu'en quantité presque imperceptible, mais elle est constante, même sur des aphthes que l'on ne peut distinguer qu'à la loupe, ainsi que cela arrive souvent à la pointe de la langue (Jules Worms) (2). Pour les aphthes des nouveau-nés, des applications émollientes alternant avec des attouchements avec une légère solution de borate de soude, chez les adultes la pointe d'un crayon de nitrate d'argent suffiront; dans les grands aphthes, une goutte d'éther pour dissoudre l'exsudat crémeux, un ou deux laxatifs, seront tout le traitement.

On peut rencontrer des états desquamatifs de la langue assez embarrassants à diagnostiquer, quand on n'est pas familiarisé avec eux.

La *glossite exfoliatrice marginée* consiste en ilots rouges, lisses, d'aspect velouté, limités par un liseré blanc, saillant, festonné, dont la configuration, d'une irrégularité géographique, varie très souvent. Les lésions, essentiellement nomades, se présentent à diverses étapes de leur évolution, de sorte qu'on trouve toutes les transitions entre le rouge vif des parties nouvellement desquamées et la couleur de l'épithélium normal. Cette affection bizarre, décrite sous des noms divers, *(pityriasis lingual, état lichénoïde, etc.), mal* connue encore, est indolente; elle ne s'accompagne d'aucun engorgement des ganglions sous-maxillaires (3).

L'eczéma de la langue, rare, non décrit dans les classiques, coïncide avec une poussée de cette affection sur la peau. Il consiste en une ou plusieurs plaques plus ou moins régulièrement arrondies, dont le centre est lisse et rouge vif, les bords nettement découpés, blanchâtres, à peine surélevés.

II

Les ULCÉRATIONS CANCÉREUSES de la langue sont souvent d'un diagnostic difficile, au début surtout. Elles ont été plus d'une fois confondues avec des ulcérations syphilitiques ou dentaires.

Il est arrivé, par exemple, qu'un sujet affecté de chicots dentaires, livré à l'abus du tabac, a été considéré comme atteint d'une ulcération simple causée par ces deux influences; on lui prescrit une hygiène meilleure de la bouche, quelques gargarismes astringents, et on le rassure pleinement sur les suites de cette écorchure. Mais au bout d'un certain temps, la perte de subtance s'est agrandie, est devenue douloureuse, les ganglions se prennent, le malade s'amaigrit; le dia-

(1) Thèse d'agrégation, 1878. Etude physiologique et thérapeutique du mercure.

(2) Article Aphthes du Dictionnaire encyclopédique.
(3) Lemonnier, Thèse de Paris 1883.

gnostic de cancer s'impose (1). On doit donc se montrer assez réservé touchant le pronostic de toute excoriation linguale de quelque importance, soit par son étendue, soit par sa durée, chez les sujets qui ont atteint l'âge mûr :

Plus d'une fois aussi une ulcération linguale, diagnostiquée cancéreuse, a guéri rapidement par l'iodure de potassium administré en désespoir de cause et comme par acquit de conscience.

En faveur de la nature cancéreuse d'une ulcération militent d'abord certaines présomptions ; l'âge de 50 à 70 ans, la notion de néoplasmes cancéreux chez les ascendants ou les collatéraux directs. Le siège n'a rien de caractéristique; la pointe et les bords de la langue où on le rencontre habituellement présentent aussi bien des ulcères simples et syphilitiques.

Mais le principal caractère est que le cancroïde ulcéré est une ulcération siégeant sur une tumeur. « Cette tumeur a beau s'être ulcérée en surface, c'est encore et c'est toujours une tumeur. Même dans sa forme rongeante où l'ulcère est déprimé par perte de substance, le cancer a encore une base indurée. » Fournier. — Il est vrai que le chancre syphilitique est aussi entouré d'une zône indurée, mais cette induration pathognomonique est beaucoup moins marquée sur la langue que sur les autres régions du corps; d'ailleurs c'est une induration régulière, uniforme; l'induration du cancer est inégale, bosselée.

Ricord a dit aussi que le cancroïde était unilatéral, azygos. C'est un caractère qui peut aider à le distinguer des gommes, mais non toujours.

Le cancroïde est fongueux, saignant ou bourgeonnant; il sécrète un ichor fétide. — Il est en général spontanément douloureux, il cause des élancements au malade; il n'est pas seulement pénible par les contacts irritants et au moment de ces contacts, comme les autres ulcérations.

Enfin l'état des ganglions est encore le meilleur signe diagnostique peut-être; ils sont tuméfiés, douloureux, dès que l'ulcération est tant soit peu accentuée; ils peuvent aussi devenir le siège d'ulcérations secondaires bourgeonnantes et ichoreuses.

Quelques autres caractères moins constants sont le renversement et le décollement des bords de l'ulcère, les hémorrhagies parfois inquiétantes, l'état de cachexie du malade : mais il peut arriver que tous ces signes manquent de netteté, quand le mal est encore à une période peu avancée. Aussi les auteurs conseillent-ils tous, quand on est dans le doute, et qu'on hésite entre le cancer et la syphilis, de commencer par instituer le traitement spécifique d'épreuve.

Si celui-ci échoue, on doit discuter l'opportunité de l'intervention chirurgicale par l'une des méthodes usitées (excision, cautérisation, écrasement linéaire, etc.), et, si cette ressource ne peut être adoptée, instituer le traitement tonique et palliatif de la douleur, de la putridité, des hémorrhagies.

(1) Relation des néoplasmes avec l'arthritis. Namin. Thèse de Paris. 1878.

III

Les ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES peuvent se développer sur tous les points de la langue; cependant, c'est en général sur les bords, au voisinage de la pointe, ou vers la face inférieure qu'on les trouve. On peut en rencontrer un assez grand nombre, disséminées, d'étendue médiocre; d'autres fois une seule s'agrandit peu à peu et détruit une portion notable de l'organe. Tantôt le début se fait par un petit bouton, dit le malade, qui s'écorche et s'agrandit; tantôt c'est une fissure linéaire qui semble se cacher entre les papilles, mais se décolle en profondeur jusqu'à mettre à nu les fibres musculaires.

M. le professeur Trélat, dans un mémoire classique (1), a fait connaître l'importance de certaines taches ou points jaunâtres, disséminés dans le voisinage de l'ulcération en un semis plus ou moins confluent. Chacun de ces points serait une petite granulation tuberculeuse en voie de caséification, à laquelle doit succéder, au bout d'un certain temps, une petite perte de substance cupuliforme, qui, en se fusionnant à d'autres voisines, donne lieu à des ulcérations étendues, qui sont alors assez irrégulières comme contours, dont les bords sont à peine saillants quelquefois, ou se boursouflent, mais ne décollent point, ne sont pas taillés à pic. Le fond est d'un rouge vif, quand on l'a détergé d'une certaine quantité de sécrétion grisâtre.

M. Fournier ne considère pas les caractères objectifs des ulcères tuberculeux comme assez tranchés pour qu'on puisse en faire la base du diagnostic et surtout pour les différencier des syphilides ulcéreuses. Il croit que le semis de points jaunâtres, regardé par M. Trélat comme pathagnomonique n'est pas constant, si bien que c'est surtout par la notion des antécédents et de l'état des autres organes qu'on doit chercher à s'éclairer.

Mais ce serait bien si, comme on l'a cru pendant longtemps, la tuberculose de la langue était observée seulement chez des individus déjà tuberculeux par leurs poumons. Sans doute dans la majorité des cas, les ulcères tuberculeux se voient chez des phthisiques; mais il n'est pas exceptionnel de les rencontrer comme première manifestation de la tuberculose. De ce fait naît une difficulté souvent très grande.

L'ulcère tuberculeux est-il curable par des moyens locaux? La question est controversée.

M. Verneuil en aurait guéri un, en pratiquant, pendant deux mois, des attouchements avec une solution d'acide chromique à parties égales. Pour nous, nous n'avons jamais vu grand bénéfice résulter des cautérisations. Nous nous demandons si, chez un tuberculeux, ne peut pas se produire une ulcération simple ou dentaire capable de guérison, mais si, quand l'ulcère est vraiment constitué par le ramollissement de tubercules, aucune amélioration peut être obtenue. M. Trélat a employé les cautérisations au fer rouge; M. Féréol,

(1) Notes sur l'ulcère tuberculeux de la langue. Archives gén. de médecine 1870.

les collutoires et gargarismes au chlorate de potasse. Le plus souvent, l'emploi de collutoires morphinés, de l'atropine pour diminuer la salivation, symptôme des plus pénibles et des plus épuisants, — de lotions simplement détersives, joint au traitement général reconstituant et tonique, sera tout ce qu'on pourra instituer. M. Besnier a proposé de recouvrir les parties ulcérées d'une couche d'iodoforme porphyrisé, puis de passer avec un pinceau un enduit de collodion élastique, qui aurait l'avantage de laisser à la langue une certaine liberté de mouvements en lui épargnant les contacts irritants. Mais cette sorte de carapace tiendrait-elle longtemps en place?

IV

La SYPHILIS peut, à toutes ses périodes, déterminer des ulcérations de la langue (1)

Le *chancre lingual* est une ulcération arrondie, peu profonde, à fond lisse, tantôt rougeâtre et violacé, tantôt grisâtre dont les bords sont nettement découpés, quoique non surélevés. Il repose sur une induration tantôt hémisphérique, tantôt parcheminée, et s'accompagne toujours de l'engorgement des ganglions qui correspondent à la partie affectée. L'un des ganglions a surtout un volume et une dureté prédominantes.

Les *plaques muqueuses* de la langue deviennent souvent ulcéreuses quand elles siègent sur les bords, par suite des irritations mécaniques auxquelles elles sont exposées. Ce sont alors des surfaces irrégulières, le plus ordinairement multiples, recouvertes d'une pellicule blanchâtre, parfois pseudo-membraneuse, mais assez peu adhérente pour qu'on puisse l'enlever et apercevoir un fond rougeâtre et saignant. On peut voir, tout autour des bords de la langue, une série de plaques disposées en festons qui correspondent aux saillies et aux interstices dentaires. La coexistence de plaques muqueuses en d'autres points de la bouche ou du corps favorise le diagnostic ainsi que les autres signes de syphilis.

Les syphilides tuberculeuses ulcérées sont rares.

L'*ecthyma* l'est beaucoup moins. Il présente sur la langue les mêmes caractères que l'ulcère ecthymateux de la peau, ulcération plus ou moins creuse, à bords entaillés, à fond jaunâtre, de forme assez régulière, en cercle ou en demi-cercle, bordée par une aréole rougeâtre offrant un certain degré de résistance; la dimension varie entre une lentille et une pièce de vingt centimes, à moins que plusieurs pustules ecthymateuses ne se soient fusionnées.

Dans la glossite scléreuse, les sillons irréguliers et profonds, qui lobulent l'organe et séparent les mamelons indurés caractéristiques de cette forme, peuvent être le siège d'érosions fissuraires.

Mais c'est surtout la *glossite gommeuse* qui engendre le plus souvent les ulcérations syphilitiques de la langue. L'ulcération qui succède au ramollissement d'une gomme et à l'évacuation de son contenu est arrondie, ovalaire ou déchiquetée, mais creuse, toujours creuse; c'est une cavité souvent plus profonde que large, comme un puits pouvant contenir une noisette ou une amande. Les bords sont véritablement taillés à pic, sculptés, pour ainsi dire dans les tissus ambiants indurés et rénitents. Le fond est de mauvaise mine, anfractueux, tapissé d'enduits jaunâtres, très adhérents, putrilagineux ou bourbillonneux. L'ulcération gommeuse n'est pas douloureuse spontanément. Elle ne s'accompagne que par exception de quelque engorgement ganglionnaire. Elle détermine moins de troubles fonctionnels que la plupart des autres ulcérations.

Le traitement de tous les ulcères syphilitiques est le traitement spécifique, auquel il convient d'adjoindre quelques modificateurs locaux, attouchements avec la teinture d'iode, le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent, le chlorate de potasse.

(1) Fournier. Leçons sur sur la syphilis tertiaire faites à l'hôpital de Lourcine.

V

Une dernière catégorie d'ulcérations de la langue est constituée par celles que la coexistence, chez le même sujet, de diathèses multiples modifie dans leur aspect et leur évolution.

Ces *ulcérations hybrides* jettent le clinicien dans une perplexité bien naturelle quelquefois. Un tuberculeux syphilitique, un syphilitique cancéreux, peuvent en même temps présenter des dents rugueuses, vicieusement implantées, avoir été soumis à l'irritation chronique du tabac, être atteints aussi de glossite mercurielle ou aphtheuse.

Toutes les combinaisons possibles d'influences morbigènes ont été réalisées dans la clinique, et, quand on se trouve en présence d'un de ces cas ambigus, la plus délicate analyse clinique est parfois impuissante à résoudre un problème trop complexe.

Il faudra alors procéder avec méthode, en mettant successivement en œuvre les moyens locaux et généraux applicables à toutes les ulcérations connues, et arriver à éliminer ainsi les unes après les autres les causes supposées.

Les dents rugueuses limées, le tabac supprimé, le traitement mercuriel suspendu, l'iodure de potassium essayé pendant quelque temps à assez haute dose, — il ne restera plus que la tuberculose et le cancer en présence.

L'apparition de signes de tuberculose pulmonaire ou d'adénopathie sous-maxillaire, seront alors les deux incidents dont la survenance pourra trancher le litige dans un sens ou dans l'autre.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DE DROIT.

(Tables de mortalité. Tarif des Compagnies d'assurances).

Nous avons dit, dans le numéro du *Concours*

médical du 2 juin dernier, que la zône des médecins vivant au jour le jour était à peu près trois fois aussi large que celle des nécessiteux qui *réclament* des secours, et qu'on pouvait ainsi évaluer à quinze cents environ le nombre des médecins qui ont un *intérêt urgent* à s'assurer le bénéfice de la retraite.

Nous accordons volontiers que quelques-uns de ces médecins peuvent être déjà assurés à des compagnies connues ou à la caisse des retraites de la vieillesse; que l'opération unique qu'offrirait la Caisse des pensions de droit ne conviendra pas à quelques autres ; qu'un certain nombre aura dépassé l'âge où il y a profit à contracter assurance; qu'il faut encore compter sur l'indifférence ou l'inertie de beaucoup d'entre nous, vis-à-vis d'engagements prolongés et onéreux.

Nous avions fait défalcation d'un tiers pour répondre à ces excellentes raisons et nous avons montré qu'il nous restait encore un groupe de mille futurs adhérents à la Caisse des pensions de droit, les mille membres demandés par MM. Laborde, Benoist, Trolard et Bigourdan.

Nous avons fait observer cependant que la Caisse belge ne s'était fondée qu'avec un nombre approximatif de six cents membres, chiffre bien inférieur à celui que nous sommes persuadés de trouver. Or, il se trouve que nous avons pris le chiffre des adhérents actuels pour celui des fondateurs, et qu'au début, on n'était que 230. Faisons encore cette concession que nous ne serions pas plus nombreux qu'en Belgique. Si on nous accorde définitivement que nous serons 230 adhérents, qui donc, aujourd'hui, nous refusera la possibilité de fonder, avec ce groupe restreint, une Caisse de pensions de droit analogue à celle qui fonctionne en Belgique? M. Durand-Fardel lui-même ne peut se refuser à cet aveu, puisqu'il admet qu'on pourrait, avec le concours des médecins, pharmaciens et vétérinaires français, faire aussi bien qu'en Belgique.

Mais je prévois votre réponse et vous direz aussitôt : « Oui, la chose est possible avec une caisse « analogue à la caisse belge. Mais si on passait « de la théorie à la pratique, choisirait-on pour « modèle la caisse belge et la copierait-on servi« lement ? Ne serait-il point possible qu'on eût « des préférences pour un autre projet plus avan« tageux ou plus conforme aux vœux du corps « médical français? »

La chose est possible en effet : mais nous avons une base solide d'expérience, la caisse belge ; une force certaine, nos 230 futurs adhérents.

C'est au corps médical à discuter et à fixer la forme de l'institution; c'est à cette œuvre que nous convions nos confrères.

Aujourd'hui nous nous arrêterons à un deuxième argument de M. Lande, c'est celui que M. Blanc, M. Gallard, M. Guerrier ont reproduit après lui. Il est ainsi formulé par notre confrère :

« Nous constituons ce qu'on appelle un très mau« vais risque; nous mourons jeunes; notre léthalité « est au-dessus, notre vie moyenne au-dessous de la « moyenne générale. D'après Bertillon, la mortalité « des médecins n'est dépassée que par celle des au« bergistes et des marchands de spiritueux. D'après « Casper, le quart des médecins a peine, atteint la « durée ordinaire de la vie humaine. Un cinquième « seulement arrive jusqu'à un âge compris entre qua« rante-cinq et soixante ans. Madden Lombard, Neuf« ville, Ercherich, Chenue, Stratton ont publié des « statistiques qui, toutes, concourrent à démontrer « notre faible longévité. »

Parlons donc *tables de mortalité* ; la question est ardue peut-être ; mais nous prions instamment nos confrères de nous suivre dans les quelques explications que nous allons leur fournir. Ils y trouveront des surprises, et nous tâcherons de parler clairement.

Les tables de mortalité les plus connues sont celles de Deparcieux et de Duvillard (1). L'une et l'autre prennent un nombre déterminé d'enfants naissants et les suivent à travers les âges jusqu'à la mort du dernier. La *différence* entre les vivants, à deux âges donnés, représente la *mortalité absolue* entre ces deux âges. Le *rapport* entre ce dernier chiffre et le nombre des vivants à l'âge du départ fournit la *mortalité relative* entre ces deux mêmes âges.

Ex. : Pour la table de Deparcieux, la mortalité entre vingt-cinq et vingt-sept ans est de 602-583, soit 13. La mortalité relative est de 13/602; c'est la seule qui entre dans les calculs.

Le chiffre des vivants se modifiant incessamment à travers les différents âges, la fraction qui représente dans les tables Deparcieux et Duvillard, la mortalité relative est donc toujours une fraction à dénominateur variable; partant, ces rapports sont peu comparables entre eux.

Une autre table de mortalité générale a été donnée par M. Bertillon en 1868.

Prenant pour chaque âge de la vie, un groupe sans cesse renouvelé, de mille individus, la mortalité relative y est toujours exprimée par une fraction de la forme $n/1000$, c'est-à-dire en millièmes.

Il est facile cependant de réduire la mortalité relative des tables de Deparcieux et de Duvillard en millièmes et de les rendre absolument comparables à elles-mêmes et à celles de Bertillon.

Nous avons fait ce travail entre vingt-cinq ans et la mort par séries de cinq années, et pour plus de commodité, nous avons fixé ces tables de mortalité sous forme de graphique. (Voir le graphique.)

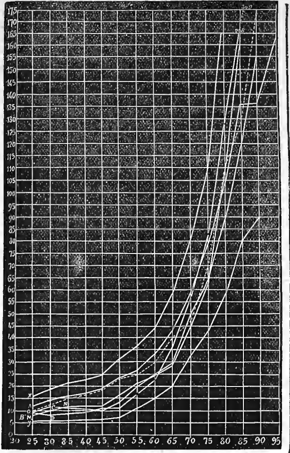
Au premier abord, on est surpris de la différence qui existe entre la mortalité indiquée par chaque table.

Tandis que, entre quarante-cinq et cinquante ans, la mortalité est de 13,18/1000 pour Deparcieux, elle est de 22,15/1000 pour Duvillard, et de 12,75/1000 pour Bertillon.

Il en est de même pour toutes les époques de la vie. A aucun moment, il n'y a concordance entre les trois tables.

Les causes de ces différences considérables sont

(1) En Angleterre, il existe deux tables de mortalité très employées, celles des villes de Carlisle et de Northampton. Les Compagnies anglaises s'en servent de la même manière que les Compagnies françaises emploient les tables de Deparcieux et de Duvillard.



A. — Ligne de Duvillard.
BC. — Ligne de Deparcieux.
BD. — Ligne de Bertillon.
MN. — Ligne de la mortalité du corps médical en Angleterre d'après Bertillon.
X, *y*. — Lignes auxquelles je réduis la mortalité par suite de l'emploi des marges de 15/100 et de 25/100, adoptées par les grandes compagnies d'assurances.
O. — Ligne pointillée. — Ecarts en millimètres de l'appréciation de la mortalité par les grandes compagnies.

diverses ; nous ne signalerons que celles-ci : la table de Deparcieux a été établie pour des *têtes choisies* en 1746. Celle de Duvillard est une table de mortalité générale, et se ressent probablement des guerres de la République et de l'empire, ayant été publiée en 1825. Enfin celle de M. Bertillon est postérieure de 122 ans à la première, de 43 ans à la seconde; à cette dernière distance même de ses aînées, les conditions sociales, économiques de la population ont varié, et on conçoit que la mortalité ait obéi à ces diverses influences.

Quoi qu'il en soit de ces raisons, on peut dire en examinant le graphique, qu'il y a une table de mortalité forte, celle de Duvillard ; et une table de mortalité faible, celle de Deparcieux.

Prenons maintenant une grande compagnie d'assurances, l'*Union*, et demandons-lui comment elle se sert des tables de mortalité. Si nous examinons un des tarifs qu'elle offre à ses clients nous y trouvons le passage suivant :

« Les primes n'ont pas été fixées arbitrairement, « elles ont été calculées avec une précision mathématique, d'après le taux moyen de l'intérêt et la loi « de mortalité réputée la plus exacte. »

Quelle est donc la loi ou la table de mortalité *réputée la plus exacte* ? Il nous faudrait chercher longtemps et faire des calculs multipliés pour y arriver. Heureusement que l'indiscrétion des statisticiens nous vient en aide.

D'après M. Mathieu (1), les compagnies d'assurances sur la vie se servaient alternativement, en 1865, des deux tables de Deparcieux et de Duvillard.

En effet, si l'on fait réflexion que toutes les opérations des compagnies d'assurances se répartissent dans deux groupes du genre de ceux-ci : elles offrent un capital fixé à une époque convenue, ou une pension convenue jusqu'à une époque déterminable (2), la mort; on prévoit immédiatement la manière dont les tables mortuaires seront employées.

Prenons, dans la première série d'opérations, la transaction la plus simple, l'assurance sur la vie entière :

M. X..., âgé de vingt-cinq ans, demande à assurer une somme de 20,000 francs à ses héritiers, au jour de sa mort.

La table de Duvillard, (mortalité rapide), sera de mise, parce qu'elle attribue au client une vie probable plus limitée; et que, paraissant augmenter les risques de la compagnie, elle permettra d'élever la prime à payer.

Deuxième série d'opérations : M. X.., âgé de cinquante ans, demande qu'on lui serve à partir d'aujourd'hui, une pension viagère fixée à 1,000 francs.

La table de Deparcieux (mortalité lente), sera invoquée, parce que la vie probable du client étant plus élevée, les risques de la Compagnie semblent augmenter; les tarif de concession seront donc plus élevés.

Mais, depuis 1868, une nouvelle table a été publiée, qui diffère encore des deux tables anciennes : c'est celle de M. Bertillon. Ainsi qu'on le voit, à l'inspection du graphique, jusqu'à soixante ans c'est une table de mortalité lente, et au delà de soixante-douze ans, une table de mortalité rapide.

Les tarifs des grandes Compagnies ont dû en tenir compte, car elle donne assurément, étant plus récente, des résultats plus exacts que les anciennes. On peut donc affirmer que si les Compagnies se servent des tables de Deparcieux et de Duvillard, dans le sens que nous avons indiqué, elles usent de la table de Bertillon de la même façon.

Mais se servent-elles sérieusement de ces tables pour le calcul de leurs tarifs ? C'est une question qui a son importance. Cherchons-le, le calcul est simple.

Qu'on nous accorde que les gros capitaux des Compagnies rapportent 3,5 0/0 d'interêt annuel. L'*Union* demande annuellement, à une personne de vingt-cinq ans, une prime de 22 fr. 10 pour

(1) Annuaire du bureau des longitudes (1865).
(2) Dans la limite des indications de la mortalité données par la statistique.

constituer à ses héritiers, le jour de sa mort, un capital de 1000 fr. Au taux accordé, vingt-sept versements et demi suffiront à assurer ce capital.

La survie probable de l'assuré devrait donc être de vingt-sept ans et demi, ou la dépasser de peu. Erreur! la survie probable de l'assuré, *même d'après la table de mortalité la plus rapide*, est de trente-trois ans et demi. La conséquence de ce fait est que l'assuré, en signant un contrat semblable, *s'engage à verser six annuités de plus que ne l'indique la table de mortalité qui lui est déjà le plus défavorable.*

On nous dispensera de faire le même calcul pour les contrats ayant pour but la constitution de rentes viagères.

En ne faisant prodnire aux capitaux versés qu'un intérêt dc 3 1/2 0/0 les Compagnies d'Assurances, quand même elles se serviraient des tables de mortalité qui leur sont le plus défavorables, feraient encore de larges bénéfices.

On peut donc affirmer, et il est important que tout le monde le sache : les Compagnies *d'assurances opèrent toujours en dehors des tables de mortalité.*

On concevra donc que nous ne parlions pas aujourd'hui du rachat des polices à la suite de non paiement des primes. Assurément c'est un produit qui n'est pas à négliger; mais ce n'est qu'un bénéfice secondaire.

Le calcul ne conduit pas seul à la conclusion que nous venons de former. En voici une autre preuve.

Dans la Compagnie l'*Union*, le capital a verser par un homme de 50 ans, pour obtenir une pension viagère de 100 fr. payable par trimestre, sans arrérages au décès, (capital aliéné) est de 1413 fr. 21. A la caisse des retraites pour la vieillesse, la somme nécessaire descend à 1230 fr. différence : 183,21.

(*A suivre*).

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Des circonstances dans lesquelles les médecins ne doivent pas entreprendre d'accouchements.

Quant un médecin a fait une autopsie, soigné ou aidé à soigner une fièvre puerpérale, il doit, selon certains auteurs, ne pas mettre la main à un accouchement pendant quatorze jours suivant Winckel : pendant huit jours selon Zweife. Le docteur Swiecicki se base sur un cas qui s'est présenté dans la clinique de Zweifel pour prétendre qu'une période de huit jours n'est pas trop longue. Un étudiant aurait infecté une femme en couches six jours après unc autopsie. D'autres auteurs, comme Ahlfeld, Macdonald, ne sont pas de cet avis, et attachent de l'importance, non à la durée de la période d'abstention, mais à la manière dc se désinfecter. Avant eux, Volkmann avait considéré la désinfection méthodique comme indispensable à tous ceux qui manient alternativement des morts et des vivants.

Lœhlein et Fritch s'élèvent également contre l'opinion de Swiecicki et Zweifel. Lœhlein demande si, dans un court espace de temps, on ne pourrait pas se désinfecter suffisamment et dit que sur un chiffre de deux cent-dix accouchements, il n'a jamais observé ni mort ni maladie grave, quoiqu'il ait eu mainte occasion de s'infecter et n'ait jamais observé de période d'abstention. Mais il purifiait soigneusement ses mains, en les lavant énergiquement avec du savon, une brosse à ongles et une solution phéniquée à 5 0/0. Il emploie en outre de l'éther et une écorce de citron. Cette désinfection il la fait en trois fois : la première tout de suite après l'opération dans la maison de la malade; la deuxième et la plus sérieuse à son propre domicile où il est naturel que l'on retourne chaque fois que l'on s'est infecté ; et la troisième avant la prochaine exploration interne. Il emploie en moyenne cinq minutes pour chaque purification. Fritch démontre aussi que l'on peut se désinfecter très rapidement; car, sans avoir jamais chômé, il n'a pas perdu une seule parturiente depuis 1872. Il est le premier qui ait démontré (1876) que ce n'est pas le temps, mais la façon dont on se désinfecte, qui tue les microbes.

Fritch a pansé pendant quinze mois, trois fois par jour, son frère atteint d'un abcès du bassin de mauvaise nature, et ne pouvait, par conséquent, empêcher ses doigts de toucher un pus infectant. Après chaque pansement, il se lavait avec une solution d'acide phénique à 6 0/0. Pendant la même période, il mit la main à deux cent quarante accouchements à la clinique de Hall, sans avoir à constater ni morts ni maladies dangereuses.

Par cette désinfection continue, les agents d'infection des doigts sont mis dans l'impuissance de nuire.

De ce qui précède il résulte que, s'il arrive que l'on infecte un blessé ou une femme en couches, on ne devra pas invoquer l'insuffisance du temps qui s'est écoulé depuis l'infection, mais l'insuffisance de la désinfection.

Dr Fischer

(D'après la *Deutsche Med. Zeit*).

Le *Bulletin de thérapeutique* publie deux cas d'infection septique qui complètent l'article de notre excellent collaborateur le Dr Fischer : ces deux faits sont rapportés par Winckel et Swiecicki.

Pendant l'absence de Winckel de la Maternité de Dresde, un interne, après avoir soigné une fièvre puerpérale, eut soin de prendre un bain, de changer d'habits et de se désinfecter très soigneusement; puis, de suite, il fit de nouveaux accouchements. Le résultat fut que huit femmes assistées par lui devinrent gravement malades, et trois d'entre elles succombèrent.

Le fait observé par Swiecicki, à la Maternité d'Erlangen, n'est pas moins instructif :

Un élève de la clinique obstétricale, huit jours après avoir fait une autopsie, à la suite de laquelle il s'était soigneusement désinfecté, est autorisé à faire un accouchement. Tout se passe parfaitement ; les deux premier jours des suites de couches furent normaux, mais le troisième il

se développa une péritonite intense qui, cependant, grâce à un traitement énergique, fut maîtrisée. La femme guérit. Cette accouchée n'avait été examinée en dehors de l'élève que par un interne, l'assistant et la sage-femme en chef; or, toutes les autres femmes examinées par ces trois mêmes personnes ne présentèrent aucune trace d'infection.

Un autre point non moins intéressant de l'observation est que l'enfant de cette femme subit aussi les atteintes de l'infection. Il mourut, douze jours après sa naissance, d'ictère malin. L'autopsie révéla de l'artérite ombilicale avec thrombus puriforme et de l'hépatite parenchymateuse.

De pareils faits ne viennent-ils pas démontrer combien sont légitimes les précautions prises par les accoucheurs de nos hôpitaux pour garantir leur malades contre des dangers aussi redoutables? (1) J. G.

* * *

Grossesse et fièvre typhoïde

Dans des remarquables leçons faites à Lariboisière et publiées par *l'Union Médicale*, M. Siredey pose les intéressantes conclusions que l'on va lire, sur les rapports de la grossesse et de la fièvre typhoïde :

La fièvre typhoïde est rare dans le cours de la grossesse;

Elle détermine l'avortement dans plus de la moitié des cas, d'autant plus sûrement que la grossesse est moins avancée :

Les formes les plus légères peuvent produire l'avortement;

Cette complication survient ordinairement dans le cours du troisième septénaire et quelquefois au début de la convalescence : elle n'entraîne ni recrudescence, ni retour de la fièvre;

Les accidents sont exceptionnels;

Les causes prochaines de l'avortement sont encore inconnues; les températures élevées, la congestion utérine, active ou passive, et l'altération du sang, quoique paraissant des plus probables, ne peuvent être invoquées dans tous les cas;

Le traitement général de la dothiénentérie et celui de l'avortement restent les mêmes qu'en toute autre circonstance.

L'on peut déclarer, en toute assurance, que la grossesse ne constitue pas une contre-indication dans l'emploi du traitement classique de la fièvre typhoïde. Ni les évacuants répétés, ni le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50, ni les lotions vinaigrées ne doivent être prescrits. Quant à l'ergotine, à cause de son action toute spéciale sur les éléments musculaires de l'utérus, son emploi doit être très restreint, et on ne doit pas avoir recours à cet agent, dans le cas d'hémorrhagie intestinale grave, par exemple, que lorsque les autres moyens ont échoué.

Enfin dans le cours ou à la fin d'une fièvre typhoïde les douleurs abdominales, avec hémorrhagie utérine et un commencement de dilatation du col, font craindre un avortement. Peut-on l'éviter? La chose nous paraît difficile; néanmoins, on doit l'essayer, en se servant des moyens usités en pareille circonstance : repos absolu et lavements laudanisés. Toutefois, l'administration du laudanum en lavement ne sera permise que s'il y a absence d'albumine dans les urines ou un précipité insignifiant, Si l'avortement vient à se produire, on n'en continuera pas moins le traitement déjà institué contre la maladie générale, tout en prenant contre le développement des accidents puerpéraux les précautions ordinaires.

(*Revue de thérapeutique.*)

(1) Voyez, à ce sujet, l'opinion de M. Tarnier résumée dans l'article que M. Paul Gerne a consacré, cette année, à la fièvre puerpérale (nº 13, p. 148).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

LES SYNDICATS DEVANT LA PRESSE.

ASSOCIATION ET SYNDICATS.

« On sait que, dans ces dernières années, il s'est créé, un peu partout, sous l'influence du *Concours médical*, des syndicats destinés à réunir les médecins d'une même région. Fatigués d'être exploités par tout le monde, aussi bien par le public que par les administrations, les médecins ont compris que le meilleur moyen de lutter pour l'existence était de former des groupes régionaux, obéissant á des statuts discutés et adoptés en commun. On trouve encore, de ci de là, d'honorables praticiens qui, mettant en avant le désintéressement proverbial du médecin, considèrent comme inopportune la création des syndicats. Certes, le désintéressement est une belle chose, et les syndicats comptent bien le mettre en pratique, dans certains cas déterminés; mais ils pensent qu'avant tout il faut vivre, et que ce *serait un leurre d'appliquer le désintéressement proverbial à une foule d'exploiteurs* qui peuvent facilement s'en passer. » *(Bulletin médical du Nord).*

A propos de l'Assemblée générale de l'Association, dont il donne le compte-rendu, voici comment s'exprime, au sujet des syndicats, le Dr Delvaille, dans la *Gazette médicale de Paris.*

« M. Foville a abordé avec beaucoup de crânerie et de sincérité la question des syndicats qui est à l'ordre du jour.

« Pour ma part, dit-il, je ne vois pas d'un œil hostile ces tentatives nouvelles; sans trouver défectueuse l'organisation de notre grande Association, je n'ai garde de jurer servilement qu'elle est parfaite. Le voisinage des syndicats aiguillonnera certaines apathies, refrénera certains zéles exubérants; de ce mouvement généreux, de ce besoin d'union et de solidarité, il sortira, aprés expérience faite, des enseignements utiles. Sachons attendre. »

On voit combien nous avions raison de constater, nous aussi, dans notre compte-rendu de l'Assemblée générale de l'Association, que l'idée nouvelle avait fait de grands progrés dans tous les esprits. Que l'on compare ce qui se disait dans la Presse médicale, il y a un an, au sujet des syndicats, et ce qui se dit aujourd'hui, et on se rendra compte du chemin parcouru. La défiance, qu'avait d'abord inspirée à quelques personnes l'institution nouvelle, est tombée devant les résultats obtenus, et l'on commence à mieux comprendre, maintenant, les services considérables que les syndicats rendront au corps médical.

Il ne faudrait cependant que ceux de nos confrères qui

ont l'intention de créer des Syndicats, croient qu'ils ne rencontreront aucune résistance à vaincre, et qu'ils n'auront pas à faire de grands efforts de volonté. Il y a malheureusement encore des médecins qui semblent ignorer complètement l'utilité et le but de cette institution vraiment confraternelle.

Nous n'en voulons pour preuve que la lettre suivante qu'un de nos excellents confrères nous a récemment adressée.

Monsieur et très honoré confrère,

Je vous ai promis de vous tenir au courant de notre syndicat, en voie de formation, je tiens aujourd'hui ma promesse.

En juin dernier, après nous être adjoint un nouveau membre, nous prenons connaissance des imprimés que le *Concours* a bien voulu nous envoyer. Une discussion sur les termes à modifier se termine bientôt, et une formule est adoptée. La réunion me charge de faire imprimer, et le lendemain d'expédier à tous les médecins de la région la dite formule.

PREMIER INCIDENT. — Le tirage était commencé, le secrétaire de l'Association me commande de faire effacer son nom « par convenance pour son titre de secrétaire, etc..., cependant il sera adhérent sans être promoteur. » Accepté. — On continue le tirage.

DEUXIÈME INCIDENT. — Nous nous étions tous engagés solidairement à la première réunion; à la deuxième réunion, le Dr X., régulièrement convoqué, n'avait pas paru: son nom avait été joint à nos signatures quand même. Les circulaires sont parties dès le lendemain, et, le soir, les cent médecins de la région examinaient, je suppose, cette petite feuille d'apparence révolutionnaire.

Le surlendemain, à sept heures du matin, le Dr X. tombait, comme la foudre, chez votre très humble serviteur, encore mal dégagé des rêves de la nuit. Sous des formes polies, l'émotion du confrère perce étrangement et c'est une rétractation qu'on me demande. Comment a-t-on pu imprimer son nom en tête des noms des promoteurs sans son assentiment explicite? Dans quel cas nous sommes-nous placés? Quels sont les droits de l'offensé, etc., etc.? J'offre au malheureux confrère de faire imprimer cent nouvelles circulaires pour dégager son nom; j'offre... qu'est-ce que je n'offre pas, mon Dieu! Enfin, le Dr X se contentera de dix lettres! écrites de ma main!! Voyez-vous la corvée, Monsieur et cher collègue!

A dix heures, les dix lettres aux dix confrères, exigées par l'ami X. étaient portées à domicile. Je me pose, dès aujourd'hui, candidat au martyrologe que le *Concours* ne manquera pas plus tard d'inscrire à son *Livre d'or*.

TROISIÈME INCIDENT. — Le président de l'Association, le vénérable Y. me rencontre à six heures, dans la rue, au moment où l'esprit plein d'idées folâtres, je montais en voiture pour aller prendre le train des Maris, qui conduit sur les rivages de l'Océan.

Dî talem avertite omen!

Brusque interpellation de la part du président: « Voulez-vous renverser l'Association? Si le Bureau ne vous convient pas, changez-moi; etc., etc.

Humble réponse de votre serviteur : « Nous sommes des agneaux, comme dans la Fable, et nous voulons vivre bons confrères; l'Association ne peut tout faire, au point de vue pratique ; nous sommes de bons soldats, des recrues au besoin pour l'Association, et nous demandons à combattre à l'avant-garde, » etc., etc.

Ne dirait-on pas, Monsieur et honoré confrère, que nulle institution ne peut vivre sans l'Association? Mon belliqueux interlocuteur me presse, me culbute, me provoque. « Si vos idées ont quelque raison d'être, monsieur, me dit-il, je vous invite à vous en expliquer devant moi au prochain banquet de l'Association. — Merci, Monsieur, je suis aux ordres de mon groupe et, si j'en ai l'autorisation, je me vante d'avance d'emporter d'assaut votre conviction, et votre *adhésion*, à ce fameux banquet. — Bonjour, Monsieur. — Monsieur, je suis votre serviteur. » *E finita la comedia.*

Que faut-il faire, cher confrère; faut-il nous laisser absorber par l'Association qui nous demande un syndic par arrondissement, pour siéger à son Bureau? Faut-il réserver notre existence propre et serrer nos rangs?

Notre barque est bien petite, et ce n'est qu'à force d'adresse que nous arriverons au port. Un bon conseil, s'il vous plaît, dans ces circonstances critiques.

Si je n'avais pas foi dans votre œuvre, si je n'avais pas suivi, depuis trois ans, le souffle qui vous dirige, l'inspiration noble et honnête qui a présidé au *Concours*, je n'oserais vous importuner ainsi.

Veuillez recevoir, cher confrère, l'expression de ma reconnaissance affectueuse. Dr Z.

Cher confrère,

La lecture de votre odyssée et la façon dont vous en narrez les incidents nous prouvent que la cause des syndicats est en bonne main. Nous sommes assuré que vous ne vous laisserez pas arrêter par ces singulières difficultés et ne permettrez pas que l'Association s'oppose, sans motifs valables, à la constitution, à côté d'elle, d'une société capable de rendre des véritables services. La preuve en est faite depuis longtemps; il est surprenant que le Président de votre Association ignore le passé des syndicats et les prenne pour une nouveauté.

Vous persévérerez et réussirez.

NOUVELLES

LE CHOLÉRA. — Voici le tableau des décès cholériques survenus depuis le 10 courant :

	Damiette.	Mansourah.	Samanoud.	Chirbine.	Mensaleh.
10 juillet	52	102	16	1	—
11 —	40	90	22	5	—
12 —	25	73	13	3	—
13 —	36	61	20	7	—
14 —	47	51	10	—	10
15 —	23	56	10	4	42
16 —	17	—	—	8	20

L'apparition du choléra a été signalée le 14 à Ghizeh et à Boulacq, deux faubourg du Caire : le 15 il y a eu 12 décès cholérique dans cette ville et le 16 il y en a eu 61 dont 50 à Boulacq.

BUREAU CENTRAL. — Le dernier concours s'est terminé par la nomination à MM. *Letulle* et *Chauffard*.

NÉCROLOGIE

Un des membres de notre société, le Dr *Gilly*, de Fons, (Gard), nous apprend que son frère, *Michaël* GILLY, étudiant en médecine, à Montpellier est mort le dimanche 3 juillet, victime de son devoir.

Une épidémie de fièvre typhoïde sévit dans la ville et notamment parmi les soldats du génie. Le jeune étudiant leur donnait des soins dévoués. C'est à leur chevet qu'il a contracté la terrible maladie, rapidement terminée, au dix-septième jour, par une péritonite consécutive à une perforation.

Puisse l'hommage rendu à la précieuse mémoire de son frère par tous nos adhérents soulager quelque peu la douleur de M. le Dr Gilly.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

28 Juillet 1883 — **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** — 5me Année. — No 30

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du « Concours médical. »

—

CONVOCATION.

Le Comité de Direction *a l'honneur d'informer MM. les membres du* Concours médical *que la réunion annuelle de l'Assemblée générale aura lieu le dimanche 19 août. — On a fait choix de cette date à cause de la plus grande facilité des déplacements à cette époque de l'année.*

Le Conseil des Comités se réunira, comme le prescrivent les statuts, le samedi 18, veille de l'Assemblée.

Conformément à l'article 3 de la tenue des Assemblées générales, les membres du Concours *qui auraient des propositions à présenter sont invités à en aviser le Directeur.*

Ceux de nos adhérents qui, ne pouvant se déplacer, désireraient néanmoins faire quelques propositions à l'Assemblée générale, peuvent aussi les adresser à l'avance par écrit au Directeur, qui sera heureux d'être leur intermédiaire.

—

BULLETIN

La question du *lathyrisme médullaire spasmodique* est toujours à l'ordre du jour. A ce sujet, M. *Le Roy de Méricourt* continue à trouver de nombreux points de rapprochement entre cette maladie et le *béribéri*, et s'efforce de les démontrer dans une longue et intéressante communication, dont voici *les conclusions* :

1° De nombreuses observations recueillies à diverses époques et dans des lieux différents tendent à établir que l'usage alimentaire, dans une large proportion, des graines de plusieurs espèces de lathyrus, pendant un temps assez long, amène chez l'homme et quelques animaux supérieurs des accidents sérieux caractérisés par des troubles de la motilité et de la sensibilité, particulièrement du côté des membres inférieurs, et, chez les chevaux, le cornage et l'asphyxie.

2° Des circonstances accessoires, telles que les variations de température, le refroidissement du corps par la pluie ou le froid humide des nuits, paraissent jouer un rôle important comme causes déterminantes dans la production de ces accidents chez l'homme.

3° Pour démontrer d'une manière irréfutable l'action dangereuse de ces graines de lathyrus dans l'alimentation, il faudrait isoler l'élément toxique qu'elles paraissent contenir; instituer des expériences à l'aide de ce principe sur des animaux supérieurs, mais surtout soumettre des animaux à l'usage alimentaire des graines, de la farine et de la plante desséchée. Les expériences par les in-

jections d'un principe toxique placent les sujets expérimentés dans des conditions trop différentes de l'action des graines entières ingérées par la méthode alimentaire.

4° Rechercher, dans les pays où sévit une maladie désignée sous le nom de *béribéri*, et qui offre, dans certains cas, une analogie très grande avec les accidents déterminés par les graines de lathyrus, si ces graines ne font pas aussi partie de l'alimentation.

M. *Decroix*, vétérinaire, lit un travail sur *la dégénérescence de la France*. L'auteur attaque avec passion l'usage du tabac, cause de tout le mal, et fait naturellement l'éloge des sociétés qui se sont fondées pour en réprimer l'abus. Afin de donner plus de force à ses arguments, il confond dans une même réprobation le nicotinisme et l'alcoolisme, affirmant que le premier est la cause et l'origine du second, proposition qui est loin d'être démontrée. Sans vouloir nous constituer le défenseur du nicotinisme et encore bien moins de l'alcoolisme, deux vilains défauts, nous ferons remarquer à M. Decroix que, si l'on admettait que nous sommes dans un état de dégénération, il faudrait en accuser des causes bien autrement sérieuses et profondes que l'alcool et le tabac. Il ne serait pas difficile, en effet, de citer, à ce propos, un pays qui se croit loin de dégénérer et dont les habitants boivent au moins autant et fument certainement plus que les Français. Que l'on mette donc en garde les jeunes gens contre l'abus de l'alcool et du tabac, surtout de l'alcool, c'est là une œuvre utile, mais que l'on n'oublie pas non plus que l'exagération est capable de perdre les meilleures thèses.

Election. — M. *Lannelongue* est élu membre titulaire dans la section de pathologie externe.

Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC SUTURE UTÉRINE.

Opération césarienne nécessitée par un rétrécissement rachitique de 50 millimètres du bassin. Rupture de la suture utérine et mort par hémorrhagie le troisieme jour.

Par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

(*Fin*).

RÉFLEXIONS.

Dans l'immense majorité des cas, c'est à l'épanchement péritonéal que l'on doit rapporter la véritable cause prochaine de la mort. Or, on a vu que cet accident très fréquent, et pour ainsi dire habituel, quand on s'est abstenu de réunir la plaie utérine par la suture, est au contraire fort rare, quand on a recours à cette salutaire pratique. Une seule fois sur quatre opérations, il est survenu, après la suture utérine, une accumulation de sang dans le petit bassin, et une mort rapide en a été la conséquence. A ce fait il convient de joindre notre propre observation. Mais il s'agit ici de véritables exceptions qui, loin de détruire la règle, ne font que la confirmer. Dans l'un et l'autre cas, le nombre des points de suture était manifestement insuffisant et c'est à cette circonstance défavorable qu'il faut attribuer la catastrophe finale.

Nous estimons que le nombre des points de suture ne doit jamais être moindre de quatre et que, le plus souvent. il sera bon d'en faire cinq.

Outre qu'elle prévient l'écoulement du sang et du liquide lochial dans le péritoine, la suture utérine a encore pour effet de remédier immédiatement à l'hémorrhagie primitive ainsi que M. Fourrier et nous-même l'avons constaté.

Au point de vue de la cause la plus commune de la terminaison fatale, l'opération césarienne peut être comparée justement à l'ovariotomie. Tant que l'on n'a pas songé à rendre étanche la surface de section du pédicule, cette dernière opération n'entraînait que des revers; c'est pourquoi elle est restée, jusqu'à ces derniers temps, frappée d'un discrédit absolu. De même l'opération césarienne classique, en l'absence de la suture utérine, est si souvent funeste, que l'accoucheur ne la pratique qu'avec répugnance, dominé par un découragement profond, et sous l'empire de la nécessité de sauver une autre existence également précieuse. Si l'on a pu perfectionner l'ovariotomie au point d'en faire une opération courante, pas plus redoutable que beaucoup d'autres, et qui compte d'innombrables succès, pourquoi ne tenterait-on pas la même entreprise à l'égard de l'opération césarienne?

Il n'y a pas lieu de consulter les auteurs des observations de la première catégorie sur le meilleur moyen d'assurer le succès. Les avis sont tellement variés, qu'on sent le peu de fonds qu'il faut faire de tant d'assertions discordantes. L'un s'applaudit d'avoir fait l'incision abdominale très longue; l'autre érige en règle inflexible une incision aussi courte que possible. Celui-ci ouvre le fond de l'utérus; celui-là, la partie antérieure du même organe. Quelques-uns attachent une importance extrême au soin de laisser une mèche, un drain à l'angle inférieur de la plaie; la plupart rejettent cette précaution comme inutile et quelquefois nuisible. Il s'en trouve qui préconisent surtout le froid et qui ne manquent pas de succès à citer à l'appui de leur doctrine. D'autres attribuent leur réussite exclusivement à l'usage de l'aconit et de l'arnica. C'est une anarchie complète; c'est le *tradidit mundum disputationibus eorum* en action. On dirait un nautonnier

sans boussole livré à tous les caprices des vents.

Combien n'est-il pas rationnel et préférable de rechercher tout d'abord quelles sont les lésions cadavériques constatées dans la grande majorité des cas, et de faire en sorte de se prémunir contre les causes qui les engendrent! Or, nous avons démontré qu'il faut surtout incriminer l'épanchement péritonéal, et l'on a d'ailleurs pour guide l'analogie incontestable avec l'ovariotomie. En considérant ce que l'on a obtenu de cette dernière, on est en droit de penser que les résultats si tristes de l'opération césarienne sont dus à l'imperfection des méthodes, que le pronostic changera avec le procédé opératoire, et que toute la question se ramène à rendre la plaie utérine étanche d'une manière durable au moyen d'une bonne suture.

Le procédé de la suture élastique a été vivement critiqué par M. Stolz, qui dit que les chirurgiens italiens se sont fait illusion sur les effets qu'on en peut attendre. Le principal avantage que leur concède l'auteur, M. Silvestri, serait de se prêter merveilleusement au changement de volume de la matrice. Mais il faut reconnaître que si cet organe s'est bien rétracté aussitôt après l'extraction du fœtus, ces changements sont réellement insignifiants. Eh bien ! on peut, à coup sûr, obtenir une rétraction complète moyennant l'administration préalable du seigle ergoté, et l'on peut à volonté entretenir le même état les jours suivants. Nous conseillons, dans ce but, de ne jamais négliger de recourir à cet agent avant de pratiquer l'opération césarienne et de continuer la même médication pendant plusieurs jours.

La suture élastique ayant pour effet de couper peu à peu les tissus qu'elle étreint, nous paraîtrait plutôt présenter l'avantage assez notable de permettre, au bout de quelques jours, l'extraction facile des fils. Mais cet avantage même constitue un danger; car on pressent que la constriction élastique aurait parfois, contrairement au gré de l'opérateur, l'inconvénient de provoquer la chute des points de suture trop prématurément, à un moment où les adhérences seraient encore trop faibles et incapables de résister à l'irruption des liquides. Il est vrai que M. Silvestri, sans doute sous la pression de cette crainte, laisse l'anse de la suture assez lâche pour pouvoir introduire l'extrémité du doigt sous le nœud. Mais dans ces conditions, il ne faudrait plus compter sur la section plus facile des tissus embrassés.

Si j'avais une nouvelle opération césarienne à pratiquer, je donnerais la préférence au catgut (1); suffisamment résistant dans les premiers temps, susceptible de se résorber ultérieurement, le catgut n'offre pas les inconvénients reprochés justement aux fils ordinaires de chanvre, de soie (1) ou d'argent. En outre, s'il était démontré, par une assez longue expérience, que la friabilité du tissu utérin pût devenir une cause fréquente de rupture des points de suture, nous n'hésiterions pas à pratiquer une suture enchevillée au catgut, en ayant soin de laisser le bout des sondes en gomme élastique, servant de chevilles, déborder un peu l'angle inférieur de la plaie. Certes, la présence de ces corps étrangers dans l'intérieur de l'abdomen est infiniment moins redoutable que la perspective d'un épanchement péritonéal.

Non-seulement la suture remédie suffisamment à l'hémorrhagie primitive ; non-seulement elle prévient encore les épanchements péritonéaux consécutifs, mais elle réalise en outre un bénéfice plus éloigné. Je veux parler de l'adhésion des lèvres de la plaie utérine, sans aucun intermédiaire, d'où résultent la mobilité et l'indépendance de la matrice. Un des premiers effets consécutifs à l'opération, lorsque les symptômes inflammatoires sont modérés, c'est l'adhésion de la surface externe de l'utérus avec les parties voisines, dans le pourtour de la division, et la cavité du péritoine se trouve ainsi séparée de celle de l'utérus. On voit qu'en l'absence de suture utérine, la solution de continuité de l'utérus ne se ferme qu'en empruntant une certaine surface aux tissus voisins. Lange a publié l'observation d'une femme morte deux ans après avoir subi l'opération césarienne. Il lui fut donné de constater que la fermeture de la plaie de l'utérus avait été obtenue d'une façon médiate par un exsudat plastique *qui* avait fait adhérer ensemble, *strano modo*, l'utérus et les parois abdominales. Outre les difficultés, l'incertitude et les périls immédiats d'un pareil mode de cicatrisation, quels n'en seraient pas les inconvénients dans l'avenir ? Rien de pareil après la suture utérine. L'autopsie de la seconde opérée de M. Silvestri, qui succomba cinquante heures après l'opération, fournit une preuve sans réplique de la supériorité de la suture, au point de vue qui nous occupe.

En ouvrant la matrice, dit-il, on ne peut voir par l'intérieur aucune trace de l'incision, mais seulement celle des points de suture. La réunion s'effectuerait donc par première intention, sans emprunt aux organes voisins. Il en serait résulté des adhérences très faciles à rompre avec ces derniers, d'où l'espoir fondé que la matrice n'aurait pas tardé à reconquérir son indépendance complète.

La détermination du mode de pansement applicable à la plaie utérine tranche évidemment aussi, dans le sens négatif, la question de savoir s'il convient ou non de laisser une mèche dans l'angle inférieur de la plaie. Cette précaution, déjà répudiée par la grande majorité des opérateurs contemporains, n'aurait plus aucune raison d'être,

(1) On pourrait encore, à l'exemple de M. Wyeth (*Courrier médical* 1883, nº 9) se servir de cordons nerveux pris sur des animaux, liens formés d'une substance plus résistante et plus facilement absorbable que le catgut. L'auteur a lié les carotides d'un cheval et celles d'un chien avec le nerf sciatique frais d'un veau, passé à l'acide phénique. A l'autopsie, on trouva une occlusion parfaite de l'artère qui était étranglée, non sectionnée. Le nerf était absorbé.

(1) Il y aurait toutefois une exception à faire en faveur de la soie, qui est positivement susceptible de se résorber à la longue.

dans le cas où l'on pratiquerait la suture utérine, dont le but diamétralement opposé à celui du sindon, est précisément d'intercepter toute communication entre la cavité de la matrice et celle du péritoine.

En finissant, disons un mot de l'opération de Porro, qui a, bien à tort, affiché la prétention de remplacer l'opération césarienne. Le beau succès obtenu par M. Tarnier, en mars 1879, le premier que les annales des hôpitaux de Paris aient eu à enregistrer depuis près de cent ans, a mis à la mode la méthode du chirurgien de Pavie. Hélas! les déceptions n'ont pas tardé à refroidir l'enthousiasme des premiers moments. On se rappelle notamment l'observation lue à la *Société de chirurgie*, le 10 mai 1882, par M. le Dr Guichard d'Angers.

Après l'amputation de la matrice par la méthode de Porro, beaucoup d'opérées meurent de la pertubation, d'une sorte de sidération du système nerveux, avec affolement du pouls, sueurs profuses, angoisse messagère de la terminaison fatale. Rien de cela n'a le droit de nous surpendre. Nous avons, dès le principe, accueilli avec méfiance cette mutilation barbare, persuadé qu'il y avait autre chose à faire, et que mieux valait mille fois apporter à l'opération classique les perfectionnements dictés par les progrès de la science moderne, plutôt que de sacrifier un organe considérable, sans une nécessité absolue.

CONCLUSIONS.

On ne connaît que trop la mortalité excessive de l'opération césarienne (1).

Naguère l'ovariotomie n'était pas moins terrible, et, comme elle est moins que la précédente, une opération d'urgence, elle était à peu près complètement abandonnée.

Du moment où le chirurgien, guidé par une plus saine observation des faits, a songé et est parvenu à se prémunir contre tout épanchement péritonéal, on a vu l'ovariotomie, cessant d'être rivée à un pronostic fatal, entrer dans la pratique courante et fournir une proportion de succès des plus remarquables.

L'analogie la plus incontestable conduisait à faire admettre que la cause des nombreux revers inscrits au passif de l'opération césarienne, doit résider aussi dans le même accident et la lecture des observations publiées avec les résultats de l'autopsie, fournit un témoignage éclatant en faveur de cette utile induction.

Il en résulte que le perfectionnement le plus heureux qu'on puisse apporter au manuel de l'opération césarienne, consiste à rendre absolument étanche la plaie utérine, comme on l'a fait pour la surface sanglante du pédicule des tumeurs ovariennes.

La nécessité d'une bonne suture utérine n'est pas sans avoir été sentie par un certain nombre d'opérateurs, qui se sont ingéniés à chercher un procédé aussi parfait que possible. M. Silvestri, de Pavie, notamment, considérant les variations des dimensions de la plaie de la matrice, sous l'influence des contractions de cet organe, a cru trouver dans la suture élastique le meilleur moyen de satisfaire aux indications nouvelles qu'elles engendrent.

Pour nous, nous ne voyons là aucune difficulté, et nous croyons qu'il est toujours facile de réduire sur le champ la plaie utérine à ses dimensions les plus exiguës (environ 11 centimètres). Dans ce but, nous recommandons expressément d'administrer le seigle ergoté immédiatement avant l'opération, et d'en continuer l'usage pendant quelques jours.

Peut-être la faradisation, introduite dans la thérapeutique obstétricale par le Dr Apostoli, rendrait-elle le même service.

Quoi qu'il en soit, en nous en tenant au moyen usuel, qui a déjà fait ses preuves entre nos mains, nous estimons que la suture élastique n'a plus de raison d'être, du moment qu'à l'aide du seigle ergoté, on peut à volonté réduire le globe utérin à un volume restreint, provisoirement, et à coup sûr assez longtemps stationnaire. Non seulement, elle est inutile; mais encore elle ne nous paraît pas exempte d'un certain inconvénient; car il serait à craindre qu'elle ne fît parfois courir le danger d'une section prématuree des tissus étreints, d'où l'écartement subit des lèvres de la plaie et toutes les conséquences fâcheuses qu'il est aisé de prévoir.

Nous donnons la préférence à la suture perdue au catgut, pourvu qu'il soit suffisamment résistant, parce qu'il n'a pas l'inconvénient des fils ordinaires abandonnés dans l'intérieur de l'abdomen. Mais il importe extrêmement que le nombre des points soit assez multiplié. Deux expériences désastreuses ont appris qu'un ou même deux points sont tout à fait insuffisants.

Si nous étions pris au dépourvu par le manque de ca gut, nous aurions recours, sans regret, soit au nerf sciatique d'un animal récemment abattu, soit encore à la soie, matière animale susceptible d'être résorbée à la longue.

Le premier avantage de la suture utérine est d'arrêter l'écoulement du sang pendant l'opération; c'est même là ce qui, plusieurs fois, a suggéré l'idée de la pratiquer. Mais elle doit avoir surtout pour but de prévenir les épanchements péritonéaux consécutifs, et les faits observés déposent en faveur de son efficacité à cet égard.

Malheureusement, on ne trouve nulle part, dans les ouvrages classiques, le précepte formel de la suture utérine. Il faut que ce point de doctrine soit fixé sans retard, afin que toute hésitation disparaisse, et qu'à l'avenir l'opérateur sache à l'a-

(1) Selon Buren et Samuel Cooper, elle n'aurait réussi, en Angleterre, qu'une fois sur vingt cas: ce qui ne laisse à l'opérée que cinq chances sur cent, d'échapper à la mort. D'après Baudelocque, la proportion est un peu plus favorable; sur soixante-treize cas, elle n'aurait été suivie que quarante-deux fois de la terminaison fatale; mais qui nous dit que les revers ont été livrés à la publicité avec le même empressement que les succès?

vance que l'abstention serait une faute grave, susceptible d'entraîner trop souvent la perte des malades, et entraînant pour lui la plus lourde responsabilité.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DE DROIT

(Tables de mortalité. Tarif des Compagnies d'assurances).

(*Suite*).

Pouvons-nous nous rendre un compte exact de la distance à laquelle les Grandes Compagnies se tiennent des tables de mortalité qu'elles prétendent suivre.

Il serait difficile de la fixer pour tous les genres d'opérations qu'elles offrent au public. Elle peut varier pour chacune des deux espèces de traités que nous avons signalés: assurances d'un capital, assurances de pensions viagères. Cependant on peut s'en faire une idée suffisante :

Nous avons vu que, pour assurer à ses héritiers, par l'intermédiaire de la Compagnie l'Union, un capital de 1000 fr., une personne de vingt-cinq ans devait payer six annuités de 22 fr. 10 de plus que ne le comportait la table de mortalité. Ces six annuités, au taux inférieur de 3 1/2 0/0, constituent un capital de près de 150 fr. La marge que la Compagnie s'attribue pour un semblable contrat endehors de la table de Duvillard est donc de 150/1000 ou de 15/100.

Pour la série des pensions viagères, nous avons fait observer qu'on payait 183 fr. 21 de moins à la Caisse des retraites de la Vieillesse, qu'à la Compagnie l'Union, pour obtenir une pension viagère immédiate à 50 ans.

C'est un bénéfice de 183/1413 ou de 12,5/1000 environ. La marge serait donc inférieure à 15/10 pour ce genre d'opérations.

Mais qu'on ne s'illusionne pas sur ce chiffre: il ne témoigne pas d'un bénéfice moindre pour les Compagnies, sur les traités ayant pour but les pensions viagères. En se reportant au graphique, on verra que l'écart à partir de cinquante ans, entre les différentes tables de mortalité, est beaucoup plus considérable que pour les âges inférieurs. La Compagnie a donc de ce fait une marge qui la consolerait de cette perte (1).

On le voit, la marge que les Compagnies s'octroient en dehors des tables de mortalité n'est pas inférieure à 15/100.

Rappelons maintenant que les Compagnies d'assurances sur la Vie exigent de tout contractant qu'il ait chance d'arriver à la limite de la vie probable et qu'elles n'acceptent à l'assurance qu'un individu sur lequel elles ont fait porter une expertise médicale sérieuse; qu'elles sont fort difficiles en matière de santé, et qu'elles ne traitent qu'avec la presque certitude de faire un bénéfice important.

La vie probable des personnes ayant contracté assurance avec les Compagnies, par le seul fait qu'elles ont subi avec succès l'épreuve de l'expertise médicale, se trouve singulièrement augmentée. Dans certaines sociétés d'assurances mutuelles, où l'expertise médicale a paru impraticable ; cette formalité a été remplacée par la condition qui l'assuré pourrait payer intégralement ses primes pendant cinq ans. C'est en effet l'avis général que l'examen médical préalable équivaut à la suppression de la mortalité pendant cinq ans (1).

Si on admet que la moyenne de la durée des assurances sont de vingt-cinq ans, chiffre supérieur assurément à la vérité, c'est donc 5/25 ou 20/100 d'écart que cette formalité apporte encore aux tables de mortalité employées.

Ajoutant cette marge de 20/100 à celle de 15/100 que les Compagnies s'accordent à elles-mêmes, comme premier levé, nous obtenons un écart total de 35/100.

Cet écart nous l'avons porté sur les points maxima et minima du graphique et nous avons ainsi établi les vraies tables de mortalité dont se servent les Compagnies dans l'exploitation des assurances sur la vie. La ligne X représente la ligne de mortalité forte et la ligne Y, celle de mortalité faible.

La mortalité s'apprécie donc, on le voit, pour la compagnie d'assurances l'*Union,* avec des écarts de 10/000 à vingt-cinq ans, et de 33/000 environ à soixante-deux ans.

Nous avons figuré dans le graphique les différents écarts entre vingt-cinq ans et la mort.

Nous n'affirmerons pas cependant que les tarifs des grandes Compagnies soient calculés pour les pensions *viagères avec des écarts* semblables *à ceux* que donne le graphique — Il y a, en effet, dans toute exploitation, une limite aux prix demandés au public, et en assurances comme en matières commerciales, la chose vendue subit les lois de l'offre et de la demande, et les prix se modifient sous l'influence de la concurrence. Mais qu'ils soient employés ou non, ces écarts entre les tables de mortalité existent réellement si on y ajoute la marge totale de 35/100, que les Compagnies s'accordent sous la forme de premier levé et d'examen médical.

Revenons maintenant à l'objection de M. Lande. La table de la mortalité médicale de M. Bertillon qui résume ou peut remplacer les différentes statistiques dont les noms sont mis en avant, a été dressée avec des matériaux recueillis en

(1) M. Blanc, dans son rapport sur la création d'une caisse de pensions de droit. (Bulletin de l'Association générale 1831 porte cette marge à 20 0/0.

(1) La *Société générale* remplace la visite médicale par le paiement des cinq premières annuités. Si l'assuré meurt avant cette époque, ses versements lui sont rendus sans intérêts. — Bulletin bi-mensuel du service des assurances sur la Vie, journal de la Société générale. Encartement (15 juin 1883).

Angleterre. On peut admettre sans réserve que la mortalité du corps médical en France est là même que celle qui existe au delà de la Manche et qu'elle est assez récente pour être l'expression presque exacte de la vérité. Servons-nous en pour la faire entrer dans le cadre du graphique, et pour voir comment elle se comporte vis-à-vis des tables de mortalité connues et surtout vis-a-vis des lignes X et Y.

Nous voyons que, de 25 ans à 34 ans environ, elle est encore inférieure à la mortalité indiquée par Deparcieux, lequel a fait sa statistique sur des *têtes choisies*. De 27 ans à 62 ans, la mortalité médicale est plus élevée que la mortalité générale indiquée par Bertillon. Entre 62 ans et 77 ans, nous mourrons moins que nos clients, puis entre 77 ans et la mort, notre léthalité rentre dans les lois générales établies.

La ligne de la mortalité médicale est renfermée dans l'écart des tables de Deparcieux, de Duvillard et de Bertillon, pour toute la période qui correspond aux versement des primes, c'est-à-dire entre 25 ans et 62 ans; une Compagnie d'assurances sur la vie ne craint donc rien relativement aux versements annuels que nous sommes obligés de constituer. Après 62 ans, c'est-à-dire à l'époque approximative de la retraite, notre mortalité baisse au dessous des tables. C'est là que se trouvent les vrais risques de la Compagnie, car si la mort moissonne moins chez les retraités que chez les contribuants, les rentes payées annuellement par la Compagnie pourraient atteindre un chiffre plus élevé que ne l'indiquent les calculs, et les bénéfices de la Compagnie pourraient disparaître entièrement.

Mais qu'on ne s'en inquiète pas outre-mesure, car ce fait rentre dans une observation générale faite depuis longtemps, et bien connue des Sociétés d'assurances.

En effet, qu'un ouvrier qui vient de s'engager à payer annuellement une somme de 100 fr. pour assurer à ses enfants un capital de 4 ou 5 mille francs à sa mort, vienne à tomber gravement malade, on pourra dire, sous forme de paradoxe, mais dans un sens facile à comprendre, *qu'il a intérêt à mourir*.

Mais qu'un autre assuré ayant payé toutes les annuités nécessaires, arrive à la terre promise de la pension viagère, ne doit-on pas comprendre qu'il a *deux intérêts à vivre*?

La conséquence de cette situation est que *l'obtention de la pension viagère fait baisser le niveau de la mortalité*.

Pour nous, médecins, cette influence se réalise malgré que nous ne bénéficions pas d'une pension viagère puisée à l'assurance. Ceux d'entre nous qui arrivent en effet à soixante-deux ans sont les plus vigoureux de la profession, ou ceux qu'une aisance ou une richesse relative a accompagnés depuis leur établissement jusqu'à l'âge rapproché de la retraite. Dans le premier cas, les économies péniblement amassées, l'entente particulière des conditions qui assureront la jouissance de la position conquise, enfin une certaine philosophie pratique à l'usage des gens heureux; dans le second cas, la réalisation de la fortune paternelle, tout cela tient lieu de la pension de retraite, et les médecins ne meurent plus aussi rapidement que leurs clients. Notre mortalité à cette époque ne dépasse pas celle des membres du clergé et de la magistrature, qui est réputée la plus faible de toutes.

Mais, nous le répétons, pour les assurés à la pension viagère qui sont parvenus à toucher leurs premières rentes, la ligne de mortalité spéciale qui règle les déboursés annuels des Compagnies d'assurances, subi la même influence dans n'importe quelle profession; et on ne peut se baser sur ce que la ligne de la mortalité médicale sort des tables entre soixante-deux et soixante-dix-sept ans, pour nier la posssibilité d'une Caisse de pensions mutuelles de droit.

S'il est vrai, en effet, qu'entre ces deux âges la mortalité des futurs pensionnaires soit moindre que la mortalité générale, il faut tenir compte que depuis vingt-cinq ans jusqu'à soixante-deux ans, pendant toute la période des versements annuels, il y aurait eu les tarifs de la Caisse, étant calculés d'après la table de Duvillard, des bénéfices déjà acquis et assez considérables.

Enfin et surtout, comme les compagnies ont des tarifs qui correspondent à l'exploitation de la mortalité suivant les lignes X et Y du graphique, on voit que nous sommes encore loin de compte, la ligne de notre mortalité n'étant pas près de sortir du champ que nous appelions volontiers *le champ des bénéfices des grandes compagnies d'assurances sur la vie*.

Nous résumerons donc les différentes conclusions de cette étude en disant:

a. — Il n'y a pas pour les grandes Compagnies d'assurances sur la vie de loi de mortalité réputée exacte, mais bien un champ d'écarts de la mortalité (première source de bénéfices).

b. — Elles s'octroient de leur gré, et *la plupart de leurs clients l'ignorent*, une marge qui n'est pas moindre à 15/100 0/0 à la ligne de la mortalité qui leur est le plus favorable — (deuxième source de bénéfices)

c. — Elles s'accordent, par l'exigence de l'expertise médicale, un second écart de 20/100 qui s'ajoute au dernier, — (troisième source de bénéfices)

d. — A aucun moment de la période des versements annuels, les médecins ne meurent plus vite qu'il ne faut, pour que les Compagnies d'assurances se croient obligées d'établir des surprimes spéciales; et si de soixante-deux à soixante-dix-sept ans notre mortalité est moindre, le fait n'a rien que de très ordinaire et se rencontre dans toutes les catégories de retraités.

e. — A tous les âges de la vie, la ligne de la mortalité médicale est incluse dans le champ des bénéfices des Compagnies.

f. — Ainsi que nous l'avons établi, en ne demandant à l'argent déposé que le taux de 3 1/2 0/0, et en employant les mêmes tables de mortalité, n'importe quelle caisse de pensions mutuelles de droit, fera des bénéfices.

Il nous reste à savoir si ces bénéfices seraient importants, si les frais d'administration et de recouvrements n'absorberaient pas ces bénéfices.

Nous répondrons ainsi à l'argument qui consiste à dire que le placement de capitaux considérables est toujours difficile à une Société de secours mutuels, que nous sommes peu aptes à la gérance d'intérêts aussi considérables, etc. etc.

II

LE DOCTORAT ÈS-SCIENCES MÉDICALES.

La session du conseil académique de Paris a été close vendredi 29 juin 1883. Dans cette dernière séance, le Conseil a examiné la question de la création d'un doctorat ès-sciences médicales d'un caractère scientifique plus strict que le doctorat en médecine actuel, devenu surtout un brevet professionnel. C'est pour la seconde fois que ce sujet venait en délibération.

Le Conseil a écarté une fois de plus la création de ce diplôme tel qu'on l'avait conçu jusqu'ici, c'est-à-dire embrassant toutes les sciences médicales. Mais, sur la proposition de la Faculté de médecine de Paris, et après un intéressant rapport de M. le professeur Béclard, doyen de cette Faculté, il a voté à l'unanimité les deux propositions suivantes :

1° Qu'il soit institué un doctorat ou diplôme supérieur pour les trois sciences qui sont la base de la médecine scientifique, savoir : l'anatomie, l'histologie et la physiologie ;

2° Que pour délivrer ce diplôme strictement scientifique et supposant des recherches originales et des travaux personnels, il n'y ait qu'un jury pour toute la France, un jury d'Etat, dont les membres, désignés par le ministre de l'instruction publique, seraient pris parmi les professeurs des Facultés de médecine de France.

REVUE CLINIQUE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

Nous publions la leçon suivante pour rendre hommage à la mémoire de l'éminent médecin des Enfants-Malades, que la mort vient de nous enlever si malheureusement.

Accidents produits par les oxyures vermiculaires et les lombrics chez les enfants.

1. Un des petits vers les plus curieux et dont la présence est des plus pénibles aux petits enfants est sans contredit ce que l'on appelle l'oxyure vermiculaire (*oxyurus vermicularis* ou *ascaris vermicularis*).

Cet helminthe siège principalement dans la partie inférieure du rectum la plus voisine de l'anus. Il est la cause d'une foule d'inconvénients, de démangeaisons souvent fort vives, surtout le soir, et par cela même caractéristiques. Ces démangeaisons sont telles, parfois, qu'elles arrachent des cris aux petits enfants, qu'elles entraînent une insomnie complète et qu'elles peuvent donner lieu à une excitation extrême capable de déterminer de véritables convulsions.

Ces oxyures se rencontrent aussi quelquefois chez l'adulte et, par les démangeaisons intolérables qu'ils produisent, déterminent parfois un véritable état d'hypochondrie.

Enfin, ils amènent, dans certains cas, une inflammation de la muqueuse rectale, une rectite, accompagnée quelquefois de ténesme et de l'expulsion de garde-robes muqueuses, voire même parfois sanguinolentes.

Chez les petites filles, ces oxyures peuvent gagner la vulve, y pénétrer, déterminer une vulvite plus ou moins intense, des démangeaisons qui les conduisent facilement et bien vite à la masturbation.

Aussi, et bien que la présence de ces helminthes ne constitue pas en elle-même une affection réellement grave, les conséquences sérieuses qu'elle peut entraîner avec elle sont un motif d'en débarrasser promptement et complètement les petits enfants qui en sont atteints. Ce que je dis ici des petits êtres qui nous occupent spécialement, est également applicable à l'adulte, chez lesquels la destruction est pour ainsi dire tout aussi impérieuse à pratiquer.

Les moyens auxquels on peut avoir recours sont nombreux, et il serait beaucoup trop long de les passer tous en revue ici ; je me bornerai à vous en indiquer seulement quelques-uns parmi les plus efficaces. L'un des meilleurs est encore l'eau de chaux médicinale. On prescrit chaque soir, pendant cinq ou six jours de suite, un lavement contenant 100 à 200 grammes d'eau de chaux. Vous obtenez généralement aussitôt un soulagement des plus notables. Dans les cas où ce moyen ne suffit pas à débarrasser l'enfant, West conseille d'ajouter de 5 à 8 grammes de perchlorure de fer à ladite eau de chaux, et, par là, vous arrivez presque toujours à détruire ces oxyures.

Les lavements composés d'une eau très inerte donnent ordinairement aussi d'excellents bons résultats. Trousseau a conseillé comme un très bon moyen les lavements de suie de bois bouillie dans 200 grammes d'eau, passée et filtrée.

Mais de tous ces moyens, ceux qui réussissent le mieux sont les préparations mercurielles, telles que les suppositoires d'onguent napolitain employés pendant cinq ou six jours et formés de :

Onguent napolitain.	0,05 centigr.
Beurre de cacao. .	Q. S.

Enfin, dans les cas où ce médicament, ordinairement héroïque cependant, ne réussit pas encore à détruire tous les oxyures, on aura recours au sublimé, en solution plus faible, bien entendu, que la liqueur de Van Swieten. L'on donnera ainsi, le soir, un lavement composé de 25 milligrammes de sublimé pour 100 grammes d'eau.

Un lavement plus actif que l'on administre tous les deux jours, mais qui amène quelquefois des douleurs assez vives, est celui dans lequel on associe le bi-iodure de mercure à l'iodure de potassium. On le formule ainsi :

Bi-iodure de mercure.	0,01 centigr.
Iodure de potassium .	0,10 —
Eau	100 grammes.

Enfin, je dois aussi vous citer, comme agissant directement, les lavements de *semen contra* ou de santonine, à la dose de 20 à 40 centigrammes par lavement.

Tels sont les différents moyens thérapeutiques de

débarrasser l'enfant des oxyures vermiculaires. Cependant, malgré leur efficacité ordinaire, ils ne déterminent quelquefois qu'une sédation, plus ou moins longue, il est vrai, mais passagère, et l'enfant n'est pas définitivement guéri. Cela tient généralement, en pareil cas, à ce que le médicament n'est pas porté assez haut dans l'intestin, et qu'un certain nombre de ces oxyures se trouvent logés au-dessus de l'S iliaque. Dans ces cas-là, on a conseillé soit d'administrer des lavements plus considérables, ce qui n'est pas un bon moyen, parce que l'enfant les rend presque immédiatement au lieu de les garder comme cela serait nécessaire; soit de les porter plus haut dans l'intestin au moyen d'une sonde introduite dans le rectum. Cela vaut mieux, certainement, mais cela ne me satisfait pas encore. Il est bien préférable d'agir différemment, c'est-à-dire par les deux extrémités du tube digestif, au moyen de la santonine, que l'on prescrit à la dose de 15 à 20 centigrammes pendant trois ou quatre jours, en même temps que l'on ordonne le calomel employé alors comme anthelminthique, car il se transforme en bi-chlorure de mercure ou sublimé. On arrive par là sinon toujours à détruire complètement des oxyures dont la ténacité est extrême, tout au moins à les déloger pour longtemps; et s'ils reparaissent plus tard, on revient à la charge.

II. Quant aux lombrics, dont il convient que je vous dise maintenant quelques mots, ils sont généralement assez innocents. Ce n'est ordinairement que lorsqu'ils sont très abondants, comme dans certains pays, qu'ils peuvent parfois déterminer des accidents graves.

Je me souviens ainsi d'une famille qui venait d'arriver du Brésil, où les lombrics sont extrêmement communs; elle avait fait la traversée sur un paquebot dont la provision d'eau avait été faite au lieu même d'embarquemet, à Rio. Cette famille était à peine installee depuis une dizaine de jours à l'hôtel menant une vive très confortable comme alimentation, que les trois enfants, que les parents avaient amenés avec eux, tombaient soudainement malades. Appelé auprès d'eux, je trouvai l'un en proie à des convulsions violentes, un autre pris de vomissements répétés et de diarrhée intense, le troisième enfin extrêmement souffreteux. Je ne savais trop, au premier moment, à quels accidents, comme origine, j'avais affaire; lorsque j'aperçus, à un moment donné, dans les selles, un certain nombre de lombrics. Le diagnostic devenait, par suite, des plus faciles, et je prescrivis aussitôt de 30 à 40 centigrammes de calomel. Lorsque le lendemain je revoyais mes petits malades, j'apprenais que chacun d'eux avait rendu une quantité prodigieuse de ces lombrics. J'ordonnais alors la santonine, et, pendant les trois jours qui suivirent, mes petits malades continuèrent à rendre encore une quantité telle de ces helminthes, que je n'exagère pas en disant qu'ils en expulsèrent ainsi à eux trois presque le contenu d'un chapeau. Quelques jours plus tard, les trois enfants étaient parfaitement guéris.

Les anthelminthiques des lombrics sont des plus nombreux; ce sont la poudre de valériane, l'assa fœtida, l'aloès, le jalap, la potion de térébenthine, la suie de bois, ainsi formulée :

Suie de bois . .	8 grammes.
Café torréfié . .	15 —
Eau	125 —

Je recommande aussi le calomel, deux ou trois fois dans une semaine, à la dose de 20 à 30 centigrammes, ou bien le semen-contra, dont la santonine est le principe actif. Aujourd'hui, on emploie plus volontiers la santonine, et pourtant 2 grammes de semen contra, par exemple, ont plus d'action que la dose équivalente de santonine qui est renfermée dans ces deux grammes. On le fait prendre en poudre dans du miel, ou en infusion dans du lait à la dose de un à cinq grammes, selon l'âge, pendant un, deux ou trois jours.

La mousse de Corse est aussi un bon médicament à la dose de 1 à 2 grammes dans du lait, ou mieux encore, associée au semen contra; on formule ainsi :

Mousse de Corse . .	1 gramme.
Semen contra. . .	1 —
Poudre de rhubarbe	0,10 centigr.
Miel.	Q. S.

En résumé, les préparations auxquelles le médecin peut recourir sont si nombreuses qu'il n'aura que l'embarras du choix. (*Gaz. des hôpitaux*).

II

HOPITAL DE LA PITIÉ. — PAR M. VERNEUIL.

L'anévrysme artério-veineux

— M. le professeur Verneuil a montré à sa Clinique un malade intéressant à étudier, parce qu'il présentait un exemple bien classique d'un anévrysme artério-veineux du creux poplité. Ces anévrysmes sont assez rares ; ceux du pli du coude, qu'on pouvait observer si souvent autrefois, ne se voient presque plus depuis que la pratique de la saignée a presque disparu. M. Verneuil a cependant vu, il y a quelques années, un anévrysme artério-veineux du creux poplité consécutif à un coup de feu et auquel le mode de traitement employé donne un intérêt particulier. On avait essayé la compression par tous les moyens possibles, lorsque M. Verneuil employa l'appareil ouaté de Guérin pour les plaies ; il enveloppa le membre avec de la ouate, comme M. Guérin le fait après une amputation, c'est-à-dire en exerçant une compression très énergique et, lorsque l'appareil fut enlevé quelque temps après, on put constater que la guérison était à peu près complète. C'est ce même mode de traitement qui doit être employé chez le malade du service. Chez lui on trouve, au niveau du creux poplité, une tumeur molle du volume d'un gros œuf de poule survenue consécutivement à une blessure de cette région par un éclat de verre et présentant les caractères habituels de l'anévrysme artério-veineux qu'il est utile de passer ici en revue.

Lorsqu'on pose légèrement les doigts sur cette tumeur, on sent un frémissement léger, superficiel, qui constitue ce que l'on désigne par le mot de *thrill*. Bien que ce frémissement puisse être perçu dans certains anévrysmes simples, il est un bon signe de l'anévrysme artério-veineux lorsqu'il présente une certaine intensité. Le bruit de souffle qu'on entend est caractéristique de l'anévrysme artério-veineux ; au lieu d'être nettement intermittent comme dans l'anévrysme simple, il est continu avec recrudescence, et le nom de bruit de rouet qu'on lui a donné exprime très bien ce caractère. Aussi, lorsqu'on trouve réunis ces trois signes : expansion, thrill et bruit de rouet, on peut être assuré qu'il s'agit bien en réalité d'un anévrysme artério-veineux ; mais s'il étaient isolés, ils n'auraient pas de valeur pathognomonique.

A côté de ces signes principaux viennent s'en placer quelques-uns qui ne sont qu'accessoires, mais qu'il peut être utile cependant de rechercher dans certaines conditions pour préciser la nature de l'anévrysme. Si par exemple l'on vient à faire la compression sur l'artère au-dessus de la tumeur, dans la cas d'anévrysme artério-veineux, on fait cesser le souffle, mais non disparaître ou diminuer la tumeur comme dans le cas d'anévrysme simple. Cette expérience peut être variée en faisant la compression au-des-

sous de la tumeur; les résultats sont alors différents et peuvent montrer s'il existe des caillots dans le sac, ce qui a une certaine importance. Toutefois, dans l'anévrysme artério-veineux, la présence des caillots est très rare.

L'examen des veines peut donner aussi des renseignements utiles. Dans beaucoup d'anévrysmes, en effet, on peut observer des dilatations veineuses dues à la compression des veines par la tumeur; mais dans l'anévrysme artério-veineux, les dilatations sont beaucoup plus considérables, elles se voient au-dessus comme au-dessous de la tumeur; de plus, les battements se propagent jusque dans les gros troncs veineux, ainsi que le souffle caractéristique.

Le diagnostic de l'anévrysme artério-veineux est donc assez facile en général. Il est souvent difficile au contraire d'établir quelle est sa forme anatomique; il peut cependant être utile de reconnaître si le point par lequel communiquent les vaisseaux est facilement accessible. Voici, en effet, comment M. Verneuil procède dans cette circonstance : au moyen de rondelles d'amadou appliquées sur ce point de communication puis d'une compression générale avec l'appareil ouaté, il espère arriver, dans le cas où l'affection ne serait pas guérie complètement, à transformer cet anévrysme artério-veineux en un anévrysme simple qui sera alors beaucoup plus facile à traiter.

(*Journal de Méd. et de Chirurgie pratiques.*)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Quelques formules de M. Magitot contre la carie dentaire.

1° *Pansement simple.* — La carie étant préalablement débarrassée des corps étrangers, appliquer une boulette d'ouate imbibée, au tiers ou au quart de son volume, du liquide suivant :

Chloroforme..............	2 grammes.
Teinture d'opium.........	2 —
Teinture de benjoin......	8 —

2° *Pansement anesthésique et narcotique*;

Chloroforme.	2 grammes.
Teinture d'opium. . . .	2 —
Créosote pure	2 —
Teinture de benjoin. . .	6 —

Le laudanum de Sydenham peut remplacer la teinture d'opium, mais il donne un précipité de safran. Le chloroformé a une légère action révulsive. La créosote est préférable à l'acide phénique, à cause de la solubilité de ce dernier dans l'eau et la salive; les deux sont un peu anesthésiques.

3° *Pansemente astringents* : L'auteur rejette l'alun à cause de son action destructive sur les tissus dentaires, les composés plombiques plus ou moins toxiques, l'iode et le nitrate d'argent à cause de leurs propriétés colorantes, l'iodoforme à cause de son odeur, le chlorure de zinc soluble dans la salive et préfère le tannin, qui aurait cependant l'inconvénient de noircir les dents d'un sujet prenant du fer :

T nnin en poudre.	0,50 cent.
Teinture de benjoin. . . .	10 gr.

Si la dentine était cependant par trop hyperesthésiée, recourir à l'acide arsénieux, qui, à très faible dose, est simplement astringent.

4° *Pansements par occlusion* : Peuvent être employés la cire ordinaire, la gutta-percha précédée d'un lavage au chloroforme, le collodion ordinaire ou mieux riciné, l'étain en feuilles introduit par des pressions douces, mais surtout les teintures résineuses concentrées se coagulant dans le milieu salivaire. Voici deux formules pour pansement ouaté :

Résine en larmes.	5 grammes.
Benjoin en larmes.	5 —
Alcool bouillant.	q. s. pour faire un liquide sirupeux.
Ou : Teinture de benjoin	50 grammes.

COURRIER

UN CAS DE DYSTOCIE.

Présentation du sommet, avec procidence du cordon et de trois membres.

Monsieur le Directeur,

Voici un cas de dystocie qui, par sa rareté et l'intervention qu'il a nécessitée, intéressera peut-être les jeunes et même les vieux praticiens.

La femme B. a déjà eu trois enfants, dans des conditions normales.

Le début du travail actuel remonte à vingt-quatre heures.

Je trouve le cordon pendant à la vulve, froid et sans battements : l'enfant est mort.

La tête, dans l'excavation, est en position occipito-iliaque gauche antérieure.

Mais outre le cordon et le sommet, la présentation se compose d'une main et des deux pieds, placés entre la tête et la partie droite du bassin.

Me rappelant certain exemple du Mauriceau, et considérant que la version était déjà à moitié faite par la nature, je commençai par tirer sur les membres inférieurs, pendant que j'essayais, par des manœuvres internes et externes, de refouler la tête. Mes efforts n'aboutirent qu'à faire sortir les pieds à la vulve : la tête, trop solidement enclavée, était restée immobile, et la main toujours procidente.

Je me voyais réduit à la crâniotomie, opération qui, en diminuant la masse céphalique, devait rendre possible ou plus facile soit la version, soit l'extraction par le forceps.

Cependant, l'idée me vint que, malgré la procidence du cordon et de trois membres, l'introduction du forceps de Nœgele, vu la petite largeur de ses cuillers, ne serait peut-être pas impraticable, sauf à renoncer au deuxième temps de l'opération, s'il devenait nécessaire d'exercer des traction trop violentes.

Je n'eus qu'à m'applaudir de cette résolution. Après une introduction un peu laborieuse, et une articulation parfaite; la tête fut amenée par de prudents efforts à la vulve, puis au dehors, pen-

dant que les pieds disparaissaient et rentraient dans le vagin.

Il est important de noter que la tête avait un volume normal.

La malade se rétablit aussi promptement qu'après le travail le plus simple et le plus régulier.

Veuillez agréer, etc.

Dr Langlais (*de Pontivy*),

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

LES NOTES D'HONORAIRES.

Monsieur et cher Directeur,

Dans le *Concours médical* du 14 juillet dernier, vous publiez un long extrait du règlement et du tarif minimum du syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle; au nom du syndicat tout entier, je vous remercie de l'hospitalité de vos colonnes.

Mais à l'article 46, vous mettez en renvoi : « l'article 46 nous semble excessif. » Pourquoi donc?

Il est ainsi conçu :

Art. 46. — Les clients qui ne règleront pas dans le courant *de l'année* qui suit la remise de leur note, devront au médecin l'intérêt à 5 p. 0/0 par an datant du jour de la remise de la dite note.

D'abord une rectification, les mots *de l'année* ne figurent pas dans le *Concours*, ce qui rend l'article incompréhensible.

Puis, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que, au bout de dix-huit mois *en moyenne*, on songe à se faire payer? Nos fournisseurs, quels qu'ils soient, n'attendent pas si longtemps. Si nos clients ne se pressent pas pour payer le capital, pourquoi n'ajouterions-nous pas l'intérêt?

Nous exigeons le capital, l'année *d'après* la maladie, et ce *sans intérêt*, cela ne nous semble aucunement excessif.

Du reste, je suis ces errements depuis treize ans, je succède à mon beau-père qui les suivait depuis une quarantaine d'années, et cela n'a donné jamais lieu à aucune contestation du client qui trouvait la chose juste.

Le syndicat, à l'unanimité, du reste, a voté cet article.

Je vous serai obligé, monsieur et cher président d'honneur, de publier cette lettre dans le prochain numéro du *Concours*, et je vous prie de croire à la reconnaissance, pour tout le bien que vous faites au corps médical, de votre dévoué confrère. Dr H. Lécuyer.

(*De Beaurieux, Aisne*),

Secrétaire général du syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle.

Il est incontestable que l'intérêt d'une somme due, depuis longtemps, est parfaitement légitime. Il serait équitable qu'il fût, en tous pays, facile de l'obtenir. Mais ce qui nous a fait qualifier *d'excessive*, cette réclamation d'intérêt de somme due, c'est que nous n'avons pas généralement en vue des clients habitués à s'acquitter correctement de leurs dettes.

Nous conseillons aux *syndicats* d'adopter, comme minimum, l'envoi à la fin de l'année, des notes d'honoraires et le rappel de cet envoi au bout d'un certain laps de temps. Il est tant de régions où ces simples usages ne sont pas acceptés, soulèvent des susceptibilités, des réclamations, que nous conseillons volontiers de ne pas faire intervenir la question de l'intérêt des sommes dues. Combien de médecins qui s'estimeront heureux si, grâce à l'action des syndicats, ils arrivent dans les dix-huit mois ou les deux ans à recouvrer seulement l'intégralité de leurs honoraires.

II

Syndicat de Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure).

Formation.

Le 12 juillet se réunissaient à Saint-Jean-d'Angely (Ch. Inf.) les médecins de l'arrondissement, convoqués à l'effet de procéder à la constitution d'un Syndicat.

Etaient présents. :

MM. Hounaud-Dufié. Bourcy, Devers, Baudy, Doussin, Rogu de *Saint-Jean d'Angely*; — Marchand, Salles, *d'Aulnay*; — Lablancherie, Comte, de *Matha*; — Primet, de *Loulay*; — Rigabert, de *Taillebourg*; — Nauderquana, de *Aumagne*;

S'étaient fait excuser, mais avaient donné leur adhésion à la constitution d'un syndicat :

MM. Ollier, de *Ballans*; — Bernard, de *Beauvais*-Merveilleux, de *Fontaine-Chalandray*; — Foubert, de *Saint-Savinien*; — Pouvreau, de *Thors*: — Schmutz, de *Tounay-Boutouvre*; — Chaigneau, de *Villeneuve-la-Comtesse*.

Après lecture de la lettre de convocation, du projet des statuts du syndicat, adressé par le *Concours médical*, puis du dernier article du *Concours* de notre confrère Barat-Dulaurier, établissant les vues et les aspirations réciproques de l'Association des médecins de France et des Syndicats, les membres présents, à l'unanimité, décidèrent la formation d'un syndicat entre les médecins de l'arrondissement de Saint-Jean-d'Angely.

Voici la composition du bureau : *Président*, Dr Hounaun-Nufié; *Vice-président-trésorier*, Dr Nevers; *secrétaire*, Dr Bauny.

III

Syndicat de l'arrondissement de Chateau-Chinon (Nièvre)

Formation.

Monsieur et très honoré confrère.

Je suis heureux de vous annoncer la formation du Syndicat médical de l'arrondissement de Château-Chinon (Nièvre) dont la première réunion a eu lieu, le 31 mai

dernier à Moulin-Engilbert; sur dix-huit médecins exerçant dans l'arrondissement, douze ont adhéré.

Composition du syndicat

Président, JOUNAIN, médecin à *Moulins-Engilbert* — *Vice-Président*, LEMOINE. médecin à *Château-Chinon*. — *Secrétaire-Trésorier*, WALSDORFF, médecin à *Châtillon-en-Bazois*. — MM. Bertrand, médecin à *Luzy*.— Binet, Breuillard médecins consultants à *Saint-Honoré-les-Bains*. — Gandanbert, Monot, médecins à *Montsauche* — Navault, médecin à *Arleuf* — Odin, médecin consultant à *Saint-Honoré-les-Bains*. — Thirault, médecin *Moulins-Engilbert* —Zylinswi, à médecin *Châtillon-en-Bazois*.

Veuillez agréer, etc.

Dr JOUANIN.

VARIÉTÉS

MÉDECIN ET PHARMACIEN.

Le 15 janvier dernier, le Dr Monnet, passant dans la rue Montmartre, voit un ivrogne qui venait de tomber et de se faire une plaie au crâne. Transporté dans une pharmacie. M. Monnet panse le blessé, lui administre une potion, et reçoit pour ses honoraires un formidable coup de poing sur l'œil. Dix minutes plus tard, l'ivrogne s'éloignait au bras d'un gardien de la paix.

Le docteur avait déjà la main sur le bouton de la porte pour en faire autant, lorsque le pharmacien, homme pratique, l'arrêta en lui réclamant 1 fr. 80 pour prix de la potion qu'il avait administrée au blessé. Stupéfaction et refus du médecin. — C'est vous qui avez commandé, riposte le pharmacien, c'est qui vous paierez.

Quelques jours après, M. Monnet recevait deux lettres non affranchies. L'une était du pharmacien qui l'assignait devant le juge de paix; l'autre était du commissaire de police, qui l'invitait à passer à son bureau pour fournir des renseignements sur l'affaire de l'ivrogne.

Le docteur, qui est un homme très occupé, eut le tort de ne tenir compte ni de l'une ni de l'autre de ces missives ornées d'un cachet bleu. Si bien que, tandis que le commissaire de police multipliait ses lettres de convocation, les frais marchaient à la justice de paix.

Et le 7 mars dernier, un huissier se présenta pour saisir le mobilier de M. Monnet. Celui-ci, qui avait cru un tel résultat impossible, dut payer 48 fr. de frais qui, joints aux 36 sous de la potion, faisaient 49 fr. 80.

M. Monnet affirme que tout ce scandale, tous ces papiers timbrés, ces lettres du commissaire, cette invasion de son domicile par un huissier et un argousin, ont compromis sa réputation et lui ont fait manquer un beau mariage. *(Revue de Thér. méd.-chir).*

NOUVELLES

LE CHOLÉRA. — Le choléra est en décroissance à Damiette, à Mansourah et à Samanoud. Cette diminution est probablement due au grand nombre d'habitants qui ont quitté ces villes depuis l'apparition du fléau. En tout cas, le choléra est en progression au Caire : Voici jour par jour l'état des décès dans cette dernière ville :

18 juillet	68
19 —	146
20 —	242
21 —	381
22 —	427
23 —	463

L'épidémie a gagné toute l'Egypte jusqu'à Minieh, capitale de la moyenne Egypte. D'après la marche du fléau, on estime à deux mois encore le temps pendant lequel il exercera ses ravages et on craint qu'il ne devienne encore plus meurtrier. Et cependant, en un mois, il a fait plus de 6000 victimes; dans la seule journée du 23, il a causé 886 décès.

— CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Le concours pour la section de chimie, physique et pharmacologie s'est terminé par la nomination:

En *physique*, de M. Imbert. pour la Faculté de Lyon; M. Guébhard, pour la Faculté de Paris; M. Bagnéris, pour la Faculté de Nancy; M. Bergonié, pour la Faculté de Bordeaux, et M. Doumer pour la Faculté de Lille.

En *chimie*, de M. Linossier pour la Faculté de Lyon ; M. Ville, pour la Faculté de Montpellier, et M. Blanc pour la Faculté de Lyon.

En *pharmacologie*, de M. Pouchet, pour la Faculté de Paris.

— CONCOURS DU CLINICAT.— Le concours pour la nomination à deux places de chef de clinique médicale vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Derignac et Mathieu comme titulaires, et M. Siredey comme chef de clinique adjoint.

— Le concours de clinicat des maladies nerveuses s'est terminé par la nomination de M. le docteur Marie.

— Le concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale par la nomination de MM. les docteurs Prengrueber et Routier.

— Le concours pour le clinicat d'ophthalmologie par la nomination de M. de Lapersonne.

— Notre colloborateur, le Docteur Charles Liégeois, Lauréat des Facultés de médecine de Nancy et de Paris, Lauréat de l'académie de médecine, Lauréat (Médaille d'or) de la société médicale d'Amiens, Lauréat de la société de médecine pratique de Paris, a été élu *membre correspondant national de la Société de thérapeutique* dans la séance du 13 décembre 1882. Travail présenté : » De l'efficacité du sulfate de quinine dans un cas d'asphyxie symétrique des extrémités inférieures », inséré *in Concours médical* du 26 Août 1882.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de deux membres du *Concours*, M. le D KASTUS, d'Hyères, qui exerçait, en été, à *Allevard*-

les-Bains, et de M. le Dr Lambron, qui exerçait l'été, à la station de *Bagnères de Luchon*, (Haute-Garonne), et l'hiver à Nice.

BIBLIOGRAPHIE

Librairie O. Doin, place de l'Odéon.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie, et des eaux minérales, par *Dujardin-Beaumetz*, membre de l'Académie de Médecine et du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Fascicules 1 à 6, avec de nombreuses figures dans le texte.

S'il est un point généralement négligé dans nos études, c'est par malheur la thérapeutique. Combien de jeunes médecins, très instruits en pathologie, très exercés à la clinique et même suffisamment pourvus de connaissances anatomo-pathologiques, se trouvent cruellement embarrassés dès les premiers jours de leur pratique pour instituer un traitement convenable! Il faut bien le reconnaître; si la thérapeutique est ainsi délaissée dans le cours de nos études, la cause en est un peu dans la pénurie d'ouvrages bien faits, pouvant rendre attrayante cette partie si importante de notre art.

Aussi est-ce un évènement auquel ne sauraient rester indifférents ceux qui, comme nous, sont résolus partisans de la thérapeutique, que l'apparition d'un Dictionnaire de thérapeutique. Car cette publication vient combler une lacune et répond à un besoin réel. M. Dujardin-Beaumetz, qui a su, sans contestation possible, conquérir le premier rang parmi les médecins thérapeutistes par la publication de son Traité de Clinique thérapeutique, était évidemment plus capable que n'importe qui de doter notre littératere médicale d'un Dictionnaire de thérapeutique. Un ouvrage de ce genre est indispensable pour compléter tous les traités didactiques dans lesquels bien des questions de détail sont nécessairement laissées dans l'ombre.

Nous pouvons juger d'après les cinq fascicules parus du Dictionnaire de M. Dujardin-Beaumetz, qui en comprendra douze, avec quel soin cet ouvrage est rédigé. Certains mots sont de véritables monographies à la fois complètes et concises, renfermant tous les renseignents qu'on peut désirer sur la question avec l'indication bibliographique. *Anesthésiques*, *Chloroforme*, *Brome* peuvent être cités comme des modèles en ce genre. Il convient aussi de féliciter l'auteur, d'avoir donné place à des questions qui, au premier abord, ne semblent pas être strictement du domaine de la thérapeutique mais qui, cependant, y sont indirectement rattachés par un lien très visible.

C'est ainsi que nous recommandons tout spécialement à l'attention des lecteurs l'excellent article *Bactéries*, dans lequel sont condensées toutes les notions d'histoire naturelle, de pathologie, de thérapeutique médico-chirurgicale et d'hygiène relatives, aux microbes. La lecture d'un résumé aussi net et aussi fidèle des travaux les plus récents dispensera les praticiens d'aller étudier dans d'innombrables publications périodiques cette partie si passionnante actuellement de la médecine.

Enfin, nous sommes très satisfait de trouver dans le Dictionnaire de thérapeutique de M. Dujardin-Beaumetz une part aussi large faite à l'étude des *Eaux minérales*. L'enjouement du public pour la thermothérapie ne permet plus à un seul médecin de n'être pas au courant des usages, de la valeur relative de toutes les stations thermales. Beaucoup d'entre nous se défient, non sans raison, de la plupart des publications relat ves aux Eaux minérales écrites par les intéressés; mais nous serons tous enchantés de pouvoir, en feuilletant le Dictionnaire, nous mettre rapidement et sûrement au fait des particularités relatives à chaque station, certains de n'y trouver que l'expression des opinions les plus impartiales.

Réforme médicale sous le double rapport scientifique et pratique, essai d'élever la médecine au niveau des sciences physiques en déterminant la cause anatomique de chaque maladie et le moyen rationnel de la combattre, par le Dr A. Bastings. — 1 vol. in-8, 2 fr.

librairie Masson 120, boulevard-saint-germain.

Vingt-cinq ans de chirurgie dans un hopital de petite ville et à la campagne par le Dr Coutaret, chirurgien en chef de l'hospice de Roanne.

C'est une véritable satisfaction pour nous, de rendre compte du travail d'un membre du *Concours médical*. L'ouvrage de M. le Dr Coutaret, dans l'appréciation de la *Doctrine parasitaire*, rend hommage sans restriction aux savants français. dont les travaux ont préparé la révolution qui s'accomplira sûrement, aussi bien en médecine qu'en chirurgie.

Il met en parallèle ses pansements antiseptiques et les bienfaits d'un air pur. Une consciencieuse statistique lui permet de faire ressortir l'immumité a peu près absolue des blessés à la campagne. Il indique les conditions de salubrité d'un petit hôpital.

Il fait profiter ses lecteurs des leçons que son expérience lui a fournies sur le traitements des *fractures du fémur*, des grands trausmatismes, etc.

Il insiste d'une façon spéciale sur deux affections qu'il a spécialement étudiées: 1° les maladies qu'il dénomme *Entasis* (de *en tasis* effort en dedans), pour désigner tout ces désordres phisiologiques, suite d'efforts musculaires, que les auteurs ont négligé de décrire. 2° les *Phlebites a.* Transmatique simple, *b.* infectieuse, *c.* généralisée.

Nous sommes assuré que les praticiens liront avec grand profit la dissertation de notre savant confrère, sur ces deux affections. M. le Dr Coutaret devrait bien, de temps en temps, nous faire la faveur de sa collaboration. Dr Desjames

Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Du traitement du diabète sucré uni au rhumatisme et au catarrhe pulmonaire, par la source du Mahourat (Cauterets); exposé des effets physiologiques et curatifs, par le Docteur *E. de Larbès*, médecin consultant aux eaux de Cauterets.

Le Directeur-Gérant A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décq... rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

4 Août 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 31

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du « Concours médical ».

AVIS. — L'Assemblée générale des membres de la Société civile du Concours médical *est fixée au dimanche 19 août, à quatre heures du soir très précises, dans les salons du Grand Véfour, au Palais-Royal.*

A la suite de la réunion, aura lieu, comme d'habitude, un repas dont la cotisation est fixée à dix francs seulement, la Société prenant à sa charge le complément des frais.

Nous recommandons instamment à ceux de nos confrères qui se proposent d'assister à la réunion et au repas, de nous en donner avis dans le plus bref délai possible, afin que nous puissions, en temps voulu, prendre les mesures nécessaires.

Nous invitons nos confrères à assister à cette Assemblée et à nous permettre ainsi, en venant unir leurs efforts aux nôtres, de mener à bien l'œuvre de revendication professionnelle que nous poursuivons.

LA DIRECTION.

BULLETIN

M. *Fauvel* fait, au sujet du choléra, une impor tante communication, dans laquelle il se propose 1° de tracer succinctement la situation du fléau en Egypte ; 2° d'indiquer l'origine de l'épidémie ; 3° d'exposer les chances que peut avoir l'Europe d'être préservée.

Déjà, l'année dernière, l'Egypte avait été menacée, mais avait échappé au fléau, grâce à l'application sévère des mesures qui avaient été prises. En deux circonstances, il y eut quelques décès cholériques, mais la maladie resta localisée et s'éteignit rapidement. De même, pendant la dernière guerre, le gouvernement anglais, qui redoute fort le fléau pour ses troupes, avait imposé à son contingent indien des mesures quarantenaires très rigoureuses, mesures qu'il juge superflues, quand ses intérêts commerciaux sont seuls en jeu. L'importation du choléra en Egypte est en effet la conséquence de la suppression des moyens préventifs qui défendaient ce pays, et la responsabilité en revient tout entière à l'Angleterre.

Dans ces dernières années, l'esprit mercantile de l'autorité anglaise de l'Inde avait imaginé une doctrine commode pour éviter aux navires partant de ce pays, où le choléra est endémique, les inconvénients d'une quarantaine à Suez: c'est de ne considérer comme dangereux les foyers endémiques de choléra que quand ils étaient le siège d'une épidémie. Or, comme ces foyers endémiques ne

sont jamais le théâtre d'une véritable épidémie, les autorités en profitaient pour délivrer constamment des patentes de santé nettes, c'est-à-dire ne faisant aucune mention du choléra.

A la suite de la dernière guerre, la prédominance des Anglais en Egypte vint achever de paralyser les efforts du Conseil sanitaire d'Alexandrie. Le délégué anglais et ses adhérents, c'est-à-dire tous les fonctionnaires Egyptiens qui sont à la merci de l'Angleterre, empêchèrent le Conseil de prendre d'urgence, contre les provenances de l'Inde, les mesures de précaution qu'autorisait la prudence la plus élémentaire, et bientôt on apprit que l'épidémie avait éclaté à Damiette où elle avait été importée par des marchands de Bombay, venus pour la foire. Dès les premiers jours de Juillet, elle prit, comme on sait, une extension considérable. Vers le milieu de ce mois, elle envahit le Caire, où elle fait près de cinq cents victimes par jour. A en juger par ce que l'on sait actuellement, cette épidémie prendra de grandes proportions et s'étendra, sans aucun doute, au reste de l'Egypte, à Alexandrie particulièrement, et alors commencera pour l'Europe la période de grand danger.

Avertie à temps, l'Europe est préparée à se défendre par des moyens préventifs des plus énergiques. On peut même dire qu'à certains égards ces moyens sont exagérés et que, sous ce rapport, l'Angleterre paye chèrement la faute qu'elle a commise en Egypte; pour n'avoir pas voulu tenir compte des avertissements réitérés qui lui ont été donnés, elle voit partout son commerce rudement frappé.

Malheureusement, si les prescriptions sont rigoureuses, on peut craindre que l'exécution ne laisse souvent à désirer et que l'épidémie ne gagne, malgré tout, d'autres pays.

Par sa proximité de l'Egypte, c'est la Syrie qui est le pays le plus menacé : heureusement le fléau y est facile à circonscrire. Il n'en est pas de même pour Constantinople, où, en revanche, il est plus facile d'opposer des barrières à l'invasion du choléra. La Russie, la Roumanie, la Bulgarie, font les plus grands efforts pour se garantir; mais ici les barrières sont plus apparentes que réelles et l'épidémie trouverait un terrain bien préparé pour la recevoir. La Grèce, par sa position péninsulaire court peu de risques. La mer Adriatique présente des garanties moins certaines. Trieste, en particulier est un des points les plus faibles de la défense Européenne. De même, l'Italie, malgré les ordres très sévères qui ont été donnés, dispose de moyens d'action insuffisants, et pourrait bien devenir la porte d'entrée du fléau. Quant à l'Espagne, son éloignement et le peu de relations qu'elle entretient avec l'Egypte la garantissent mieux que toutes les mesures possibles.

En France, les précautions prises, dès le début de l'épidémie, sur notre littoral, laissent peu de chance au choléra d'entrer chez nous par cette voie.

M. Fauvel ne partage pas la crainte exprimée par bien des gens que l'Angleterre, par le fait de son obstination à n'imposer aucune quarantaine aux provenances des pays infestés, ne devienne la voie d'introduction du choléra, qui se propagerait ensuite au continent.

L'Angleterre, en effet, est en relation constante avec des pays indiens où règne le choléra sans qu'il en soit jamais résulté aucune importation de la maladie chez elle; c'est que la durée du voyage entre Port-Saïd et l'Angleterre n'est pas moindre de 14 jours pour ces paquebots rapides. Or, après 14 jours, sans accidents cholériques à bord, il n'y a plus aucune chance d'importation par les personnes, et comme le gouvernement anglais déclare qu'en cas de cargaison suspecte il a ordonné des mesures de désinfection, presque tout danger est écarté de côté.

En résumé, peut-on affirmer qu'il y ait encore des chances sérieuses pour l'Europe d'échapper à l'épidémie qui la menace? M. Fauvel, en tenant compte des lois auxquelles sont soumises les épidémies de choléra, n'hésite pas à répondre par l'affirmative.

Une de ces lois est que plus une épidémie de choléra a une extension rapide et sévit avec violence dans un pays, plus sa durée est courte et son extinction rapide. Telle fut l'épidémie de 1865 en Egypte où les médecins envoyés d'Europe n'eurent pas le temps d'arriver pour y observer la maladie. Il est probable qu'il en sera de même de l'épidémie actuelle et que, d'ici à un mois ou six semaines au plus, le choléra sera éteint en Egypte. Que l'Europe continue donc à se défendre pendant un mois encore et elle aura des chances sérieuses pour échapper à l'épidémie actuelle.

L'Académie a accueilli la communication de M. Fauvel avec la faveur la plus marquée; aussi quand M. *Jules Guérin* est monté à la tribune pour affirmer qu'il ne croyait pas à l'importation du choléra de l'Inde en Egypte, et pour protester contre l'utilité des cordons sanitaires et des lazarets, M. J. Guérin, disons-nous, n'a recueilli que des marques de désapprobation et s'est vu seul de son avis.

Dans un mémoire assez considérable, et très étudié sur *la consolidation des fractures chez les diabétiques*, M. *Verneuil* est venu apporter un nouvel argument en faveur de sa théorie sur l'influence des états généraux sur le traumatisme. Le retard et l'absence de consolidation, dans trois cas de fractures chez des diabétiques, sont une preuve des obstacles que le diabète apporte à la nutrition.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES DES ARTÈRES DE PETIT ET DE MOYEN CALIBRE.

Les anévrysmes sont bien, de toutes les maladies du système vasculaire, les lésions qui ont le plus vivement intéressé les praticiens, tant à cause de leur gravité, qu'à cause des soins éclairés et souvent pressants qu'ils réclament. Comme notre titre l'indique, nous voulons seulement, dans ce travail, étudier, de la façon la plus simple, ce qui a trait aux anévrysmes des petites artères.

De même, en effet que l'anatomie établit différentes classes de ces vaisseaux au point de vue du calibre et de la structure, de même il est facile de comprendre que les tumeurs anévrysmales, siégeant sur ces vaisseaux, auront un volume en raison directe de leur calibre. De plus, au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, il sera plus facile, et moins dangereux d'aller à la recherche de vaisseaux, tels que l'humérale, la cubitale, l'arcade palmaire, les tibiales, ou la pédieuse, puisqu'on peut facilement employer les procédés d'hémostase préalable. D'autres artères, comme la temporale superficielle ou la faciale, à cause de leur situation sur des plans osseux, présenteront encore d'autres facilités. Ces diverses considérations expliquent suffisamment comment le traitement des petits anévrysmes peut utiliser un certain nombre de moyens insuffisants et inapplicables aux tumeurs pulsatiles des grosses artères. Avant d'étudier ces moyens de traitement, il est utile de jeter un rapide coup d'œil sur les signes généraux des tumeurs qui nous occupent.

A cause de leur situation superficielle, qui les expose davantage à l'action des instruments vulnérants, les petites artères présentent, plus souvent que les grosses, des anévrysmes traumatiques. Les lésions athéromateuses qui sont en effet la cause la plus fréquente de gros anévrysmes diminuent moins leur résistance ; néammoins, on observe aussi quelquefois des anévrysmes spontanés sur ces artères et surtout sur l'humérale ou les tibiales.

Les anévrysmes des petites artères forment des tumeurs de volume très variable : à la temporale, par exemple, on en a observé du volume d'un gros pois ; sur les artères de l'avant bras et l'humérale, ils peuvent acquérir le volume d'un gros œuf de pigeon ; à la jambe, on en a eu de plus volumineux encore, à tel point que le diagnostic différentiel pouvait être difficile à faire avec une tumeur osseuse pulsatile.

La présence de ces tumeurs déforme plus ou moins la région qu'elles occupent ; faisant une saillie très nette, quand elles sont comprises entre la plaie et un plan résistant, elles s'étalent au contraire, quand elles sont maintenues par des aponévroses et peuvent donner lien à des signes de compression veineuse. C'est ainsi que les anévrysmes de l'arcade palmaire superficielle remplissent pour ainsi dire le creux de la main ; et, comme nous l'avons lu, dans une observation publiée par M. le Dr Pozzi, dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie*, ils peuvent causer, par la compression des troncs nerveux voisins, des douleurs très vives dans la main. Situées sur sur le trajet connu des artères, ces tumeurs sont mobiles latéralement comme celles-ci dans certaines régions, tandis que dans d'autres, comme au pli du coude, au poignet, à la partie supérieure de la jambe, sur le dos du pied, elles sont fixées dans une position invariable qui, par son voisinage avec les os, peut en imposer.

La peau peut parfois glisser sur ces tumeurs, mais il faut bien savoir aussi que, dans les anévrysmes traumatiques, on trouve une cicatrice répondant d'ordinaire au point culminant de la tumeur, cicatrice blanche, souvent entourée — surtout si elle est récente — d'un cercle violacé, et adhérente à la tumeur. La dissection a montré en effet, que, dans ces cas, la poche anévrysmale se confondait avec le derme dans une étendue variable, et que l'amincissement progressif de la cicatrice pouvait conduire à la rupture de l'anévrysme.

Si l'on applique les mains sur ces tumeurs, on perçoit un soulèvement rhythmé, isochrone avec les pulsations du pouls ; si on place deux doigts sur la tumeur, en laissant entre eux un certain intervalle, on voit qu'à chaque soulèvement ils s'écartent l'un de l'autre, en vertu de l'expansion de la poche anévrysmale.

Enfin l'oreille, armée ou non du sthétoscope, entend un souffle continu, avec renforcement systolique, d'autant plus intense que la tumeur est plus grosse et plus rapprochée du tronc.

Il est toujours très utile de chercher si les artères, au voisinage de la tumeur, sont saines ou si elles présentent les flexuosités, et la résistance caractéristique de l'athérome, lésion fréquente, avons-nous dit, dans les anévrysmes spontanés, mais qui peut aussi coïncider avec un anévrysme traumatique.

Si l'on comprime l'artère au-dessus de la tumeur, ordinairement on constate une rapide diminution de volume et de tension ; mais il arrive souvent, dans les anévrysmes périphériques, que les anastomoses entre les artères, au delà de la tumeur, y ramènent une notable quantité de sang ; c'est encore un fait qu'il est très utile de constater, et qui est la source d'indications thérapeutiques spéciales.

On peut confondre les anévrysmes artériels des petites artères avec d'autres lésions caractérisées aussi par les battements, l'expansion, etc. Les dilatations veineuses considérables, l'œdème plus ou moins prononcé, le bruissement spécial des anévrysmes artério-veineux, si fréquents au pli du coude, permettent de reconnaître le plus souvent cette lésion dont nous ne nous occupons pas dans ce travail.

La mollesse pâteuse, le reflet bleuâtre sous-cutané, quelquefois la présence d'un petit nœvus, et surtout l'absence d'expansion et de soulèvement, caractérisent suffisamment la tumeur érectile sous-cutanée, pourqu'on ne la confonde pas avec un anévrysme artériel.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître une tumeur cirsoïde qui, elle aussi, peut présenter de l'expansion et du souffle et des battements isochrones au pouls; cependant, la forme moins limitable de la tumeur, la présence, à son pourtour, de vaisseaux artériels dilatés et tortueux pourront mettre sur la voie du diagnostic.

Il est quelquefois des abcès qui, situés sur le trajet d'une artère, présentent des battements capables de rendre le diagnostic hésitant, d'autant plus qu'on se rappelle toujours les accidents arrivés, en semblables cas, à des chirurgiens célèbres comme Dupuytren et Blandin. Il faudra alors tenir compte de la marche de la lésion inflammatoire, constater qu'elle ne se modifie pas par la compression artérielle au-dessus, et surtout qu'il y a bien un *soulèvement en masse,* mais non le mouvement d'expansion qui est la meilleure caractéristique des tumeurs anévrysmales.

Réciproquement, il est très important de reconnaître les cas où une tumeur anévrysmale est enflammée et s'entoure d'une zone phlegmoneuse qui peut suppurer et amener son ouverture, car, dans ces circonstances, certains moyens, tels que la compression, sont formellement contre-indiqués, et il faut agir au plus vite, car on est menacé d'une complication des plus dangereuses.

Avant de passer en revue les diverses méthodes de traitement, nous pouvons résumer dans quelques propositions les indications thérapeutiques qui découlent de l'examen clinique des tumeurs et tenir compte des faits suivants. L'anévrysme est petit, sacciforme, ou bien il est relativement volumineux.

Il s'est développé lentement, et alors la poche est assez résistante, ou bien il a augmenté rapidement de volume, la poche est alors mince et plus friable.

Il est spontané, ou bien il succède à une blessure artérielle; dans ce dernier cas, il est surmonté d'une cicatrice qui adhère plus ou moins à la poche, qui tend à envahir du côté de la peau.

La compression au-dessus de la tumeur en amène l'affaiblissement rapide, ou bien cet affaissement est suivi d'une prompte réplétion par circulation récurrente.

La tumeur est simple, ou bien elle est compliquée d'inflammation.

Telles sont toutes les conditions qui vont maintenant nous guider dans le choix des procédés opératoires, que nous appliquerons à la cure des petits anévrysmes. Notre choix sera justifié par des faits cliniques recueillis dans les plus récentes publications.

On peut, avec Malgaigne, et tous les auteurs modernes de médecine opératoire, admettre quatre grandes classes de procédés s'appliquant à la cure des anévrysmes grands ou petits. Ce sont : la destruction du sac; la coagulation directe du sang dans la tumeur ; la coagulation indirecte du sang, obtenue en agissant extérieurement sur le sac, enfin la coagulation du sang dans l'anévrysme, obtenue en agissant sur l'artère malade, chacune de ces grandes classes comprend un certain nombre de procédés dont il nous faut maintenant faire un choix sévère et judicieux.

La destruction du sac peut se faire par plusieurs moyens; l'incision, l'extirpation, la *cautérisation.* Nous rejetons d'emblée ce dernier procédé dont l'application, faite pour la première fois par M. A. Sevérin en 1641, a été peu renouvelée; et dont l'action aveugle, allant souvent au-delà du but, en fait une mauvaise méthode.

L'*incision*, méthode vieille et hardie, pratiquée dès les temps anciens par *Antyllus*, comme le rapporte Oribase, consiste à isoler le sac entre deux ligatures, à l'ouvrir, à en retirer les caillots, et à le faire suppurer, ou au moins à en amener l'obturation cicatricielle. La ligature des artères au-dessus, la compression ont fait tort à cette ancienne méthode. Cependant, elle peut rendre les plus grands services dans la cure des anévrysmes des membres, quand les moyens non sanglants n'auront pas réussi. Il sera aussi indiqué de recourir à cette méthode, quand on sera en présence d'un anévrysme enflammé, menaçant de se rompre. Les *Bulletins de la Société de Chirurgie* de 1881 (1), contiennent une remarquable observation de M. Pozzi qu'on nous permettra de résumer ici.

Un homme de cinquante-cinq ans se fait une blessure de l'arcade palmaire superficielle avec un éclat de bouteille; hémorrhagie artérielle rapidement arrêtée. Quelques jours après, la cicatrice de la petite plaie est complète, mais on sent des battements et un soulèvement : en somme, tous les signes d'un anévrysme de l'arcade palmaire superficielle. Pendant cinq jours de suite, moins les nuits, on pratique des séances de compression digitale sur la cubitale, mais sans succès. On essaie ensuite, durant dix jours consécutifs, cinq à six heures par jour, la compression mécanique sur la radiale et la cubitale avec deux bouchons appliqués en long sur les artères et maintenus par une bande circulaire; insuccès. M. le Dr Pozzi, constatant que la tumeur, malgré toutes ces tentatives de traitement, augmentait et avait une certaine tendance à perforer la peau, se décida à pratiquer une opération radicale.

(1) Bull. Soc. Chirurgie. 1881, p. 232.

Après ischémie préalable, au moyen de la bande d'Esmark, il pratiqua d'abord la ligature de la cubitale au bas du poignet, puis l'ouverture du sac et la ligature de deux artères collatérales des doigts qui s'y abouchaient. Après avoir levé la bande élastique, on vit qu'une autre artériole versait, dans le sac, du sang artériel; cette hémorrhagie fut réprimée par l'application d'un fil maintenu par une épingle recourbée, (acufilopressure de Simpson). Le malade guérit très rapidement.

Cette observation très instructive nous montre que là, le procédé de choix était bien la méthode d'Antyllus et aussi que les artérioles qui naissent d'un sac anévrysmal ne sont pas toujours oblitérées, nouvelle justification du procédé employé.

L'*extirpation* du sac ressemble beaucoup à l'incision. Elle consiste, en effet, après avoir placé les deux ligatures du début de l'opération, à disséquer le sac et à l'extirper complètement. Inaugurée par Purmann, à la fin XVII[e] siècle, et appliquée par ce chirurgien à la cure d'un anévrysme traumatique du pli du coude, cette méthode n'a pas fait de nombreux prosélytes, bien que très bonne en soi: on comprend que l'extirpation du sac est inutile, une fois qu'on l'a ouvert et qu'on a lié les artères qui s'y abouchent. Cependant, un chirurgien américain, Roberts (1), l'a encore employée pour un anévrysme de la deuxième branche interosseuse palmaire profonde de la main gauche. La tumeur s'étendait depuis la partie inférieure de la première phalange de l'annulaire jusque dans la paume de la main. La dissection, puis l'excision de la tumeur furent faites après application de la bande d'Esmark.

Les trois autres classes de méthodes ont pour but d'amener la coagulation du sang dans l'intérieur du sac anévrysmal, de l'obturer, en un mot, au moyen d'un caillot solide et assez résistant pour qu'il ne puisse se désagréger. Pour arriver à ce but, on a employé une foule de procédés.

Dans un premier ordre d'idées, on a cherché à agir sur le sang dans l'intérieur même du sac anévrysmal au moyen de l'*acupuncture* qui n'a donné que de mauvais résultats; de l'électropuncture et des *injections coagulantes*.

Cette dernière méthode, préconisée d'abord par *Monteggia* (1835) et pratiquée ensuite par un grand nombre d'opérateurs, peut être très utile pour le traitement de très petits anévrysmes. Il faut, en effet, bien se persuader qu'on ne peut employer, sans les plus grands dangers, les liquides coagulants dans de gros anévrymes, d'abord à cause de la difficulté d'isoler parfaitement la tumeur par la compression au-dessus et au-dessous, condition cependant nécessaire si l'on veut éviter les embolies et la gangrène; et ensuite à cause du gros volume du caillot chimique que l'on produit et qui, agissant comme un volumineux corps étranger, entraînera des accidents d'inflammation suppurative. Si l'on se décide à traiter un petit anévrysme par les injections coagulantes, il faudra choisir une tumeur très petite, parfaitement isolable et observer les précautions suivantes sur lesquelles insiste M. le professeur Le Fort.

« 1° Employer du perchlorure de fer à 30°, ou « au moins d'une concentration de 15 à 30°.

« 2° Comprimer exactement l'artère au-dessus « et au-dessous de l'anévrysme, pour empêcher « le transport du caillot et la formation d'embo- « lies, et continuer la compression un certain « temps après l'injection. »

L'*électro-puncture* est un procédé que nous croyons de beaucoup préférable aux injections coagulantes, bien qu'il soit aussi d'une application délicate et qu'il réclame les mêmes précautions d'isolement de la tumeur, si l'on veut éviter les embolies. Les résultats consignés dans le mémoire de Cinicelli (1857) sont assez encourageants. Il rapporte cinq cas d'anévrysmes de petites artères qui, traitées par l'électricité, ont donné quatre guérisons. C'étaient des anévrysmes de la temporale, de la linguale, de l'arcade palmaire et de la cubitale. Sur quinze anévrysmes de l'humérale, il obtint seulement dix guérisons; résultat encore très beau, vu le volume plus considérable des tumeurs. L'électro-puncture est un procédé qui demande certaines précautions très bien déterminées par M. Le Fort. Cet auteur recommande de se servir d'appareils de médiocre intensité: un ou deux éléments de Trouvé. On enfoncera dans la poche des aiguilles minces et lisses, de façon que leurs pointes divergent au lieu de converger, et on ne les laissera jamais dans le sac dans l'intervalle des séances. Les phénomènes inflammatoires contre-indiquent de nouvelles applications. Enfin, durant les séances, il sera très utile de changer le contact toutes les deux ou trois minutes, en appliquant le pôle négatif là où était le pôle positif et réciproquement.

Il nous reste à parler de deux méthodes qui amènent la coagulation du sang dans le sac, en agissant soit sur la région du sac elle-même: compression, flexion; soit sur les artères qui arrivent au sac: ligature ou compression. A tous ces moyens l'usage des bandes élastiques et en particulier de la bande d'Esmark, en a ajouté un nouveau: la *compression élastique* dont nous allons parler maintenant, d'autant mieux que les méthodes de compression ou de flexion que nous allons étudier, lui sont un utile adjuvant.

La *compression* est toujours *médiate*, c'est-à-dire faite à travers la peau et les couches superficielles, et elle peut être appliquée ou sur le sac, ou sur l'artère au-dessus ou au-dessous du sac, ou encore simultanément en ces deux points.

La compression du sac est mentionnée pour la première fois par Guy de Chauliac; au XVII[e] et au XVIII[e] siècle, elle inspira la création d'un grand nombre d'appareils, puis elle fut détrônée par la ligature et la compression des artères. La compression élastique, agissant sur toute la région, agit aussi sur le sac anévrysmal.

(1) Roberts. Boston med. and surg journal 1882. Vol. CVI, n° 22, p. 516.

Dans un cas de petit anévrysme traumatique de l'artère temporale, du volume d'un pois, Fleming (1) a employé avec succès un procédé de compression qui a guéri la tumeur. Il s'est contenté de passer au-dessous, au moyen d'une aiguille courbe, un fil de soie phéniquée qu'il a noué sur un tube de caoutchouc placé sur la tumeur. Les battements ont bientôt disparu et la solidification a été rapide.

La *compression* sur les artères est une méthode qui vit le jour presque en même temps, que la ligature, ou même un peu avant elle, et dont Desault et Hunter firent usage les premiers. La compression peut s'appliquer facilement à la cure de nos anévrysmes périphériques, mais il est utile de rappeler les points où les artères seront le mieux comprimées. Ce sont, on le sait, ceux où les artères sont le plus rapprochées d'un plan osseux; la cubitale et la radiale, un peu au-dessus du poignet; l'humérale, à la face interne du bras; la pédieuse, sur le dos du tarse; la tibiale postérieure, derrière la malléole interne. Cette compression pourra se faire au moyen de divers appareils tels que deux bouchons placés en long sur le trajet de la radiale et de la cubitale; un garrot sur l'humérale; des coussins plus ou moins résistants, maintenus par des bandes. Elle peut aussi se faire avec les doigts; tous connaissent la méthode digitale. Disons seulement que la compression obtenue par ces divers procédés peut être *totale*, si elle interrompt tout à fait le passage du sang, *partielle* comme le conseillait Broca, si elle diminue seulement la quantité de l'apport de celui-ci, ou encore *graduelle* si, commençant par être particlle, elle devient peu à peu totale.

Nous insistons peu sur la compression indirecte, qui, pour le traitement des petits anévrysmes des membres, est un auxiliaire de la méthode de Reid, comme la flexion dont nous allons parler.

La *flexion*, pratiquée pour la première fois par Kost, consiste à maintenir les jointures (aisselle, coude, creux poplité), où siègent des anévrysmes, fléchies pendant un temps variable, afin de comprimer ainsi le sac, d'arrêter la circulation dans sa cavité et de comprimer en même temps au moyen de ce sac replié sur lui-même, l'embouchure de l'artère qui y arrive. Employé par un grand nombre de chirurgiens, ce moyen, qui a l'avantage de ne demander aucun appareil que des bandes de toile, a donné un assez grand nombre de succès. On pourra donc le mettre en usage pour les anévrysmes du pli du coude où il est particulièrement applicable. Nous verrons plus loin que c'est un adjuvant utile de la compression élastique.

L'application de la bande d'Esmarck et du tube circulaire de caoutchouc à la cure des anévrysmes est connue sous le nom de méthode de Reid. Cette méthode, on le comprend, est spécialement applicable aux anévrysmes des membres; aussi sera-t-elle utilisée dans le traitement de nos petits anévrysmes. Elle consiste à appliquer la bande d'Esmarck depuis l'extrémité jusqu'à la racine du membre, puis à lui substituer ou à placer sur ce point simultanément le tube circulaire de caoutchouc, afin d'interrompre tout à fait la circulation pendant un certain temps. Un chirurgien américain, Stimson, a publié en 1881 une importante statistique de soixante-deux cas d'anévrysmes traités par cette méthode. Dans cinquante-deux cas, la bande élastique et le tube furent seuls employés et appliqués de façon à produire la cessation absolue des pulsations dans la tumeur. Cinq fois l'application de la bande alterna avec celle d'un tourniquet, ou la compression digitale. Enfin cinq fois, on pratiqua plusieurs jours de suite plusieurs séances très courtes. Sur ces soixante-deux cas, on trouve vingt-huit guérisons obtenues avec des séances de compression d'une heure en moyenne : vingt-quatre insuccès et deux morts. De ces deux décès, l'un fut causé par une gangrène consécutive, l'autre par la dégénérescence graisseuse du cœur chez un phthisique. On a reproché à la compression élastique plusieurs dangers; d'abord la gangrène du membre due à un caillot exagéré; ensuite la gangrène plus facile, si on est obligé de pratiquer la ligature pour un insuccès de la méthode. On lui a reproché aussi de pouvoir amener des accidents dus à l'augmentation brusque de la tension sanguine du côté des organes centraux; enfin de ne point réussir constamment. Dans une intéressante communication à la *Société de chirurgie* où M. Poinsot, de Bordeaux, (1) a apporté une statistique de quarante-sept faits de compression élastique par la méthode de Reid, on trouve la réfutation de ces diverses objections. La compression élastique demande toujours à être employée avec discernement, et on comprend que des séances prolongées au delà de toutes les règles de la prudence (cinq et six heures, cas mortel de Weis) aient amené des accidents gangréneux; le contraire eût été étonnant. Le refoulement du sang n'est à craindre que chez les malades qui ont quelqu'altération ancienne du cœur ou des gros vaisseaux, comme le montre un cas malheureux que nous avons cité; aussi devra-t-on encore, dans ces cas, agir avec ménagement. Weis attribuait les insuccès à la durée trop courte des séances; or, la statistique prouve que, pour les cas heureux, la durée moyenne des applications de la bande élastique a été de quatre-vingt minutes, de cent sept au contraire pour les insuccès. En somme, M. Poinsot démontre qu'en défalquant tous les cas douteux où la méthode a été mal appliquée, on a vingt-sept guérisons sur trente-sept cas : donc 72 0/0 de succès. Ce résultat est certes encourageant, surtout si on tient compte de ce fait sur lequel j'insiste tout particulièrement. Dans les cas d'insuccès, presque jamais on n'a fait la compression consécutive qui doit réellement entrer dans la méthode; tandis que, dans tous les cas de guérison, elle a été pratiquée soit par la méthode di-

(1) Fléming. (The Glascow médical journal 1881. Vol. XVI nº 3, p. 153.

(1) Bulletin, Société de chirurgie, 1881, p. 42.

gitale, soit par l'instrumentale, pendant un temps variable de deux heures à six, sept, dix, et même deux ou trois jours.

La flexion a été utilisée avec succès par Manifold, et nous croyons ce moyen excellent toutes les fois qu'il est praticable. Pour nous résumer, la compression élastique sera applicable aux petits anévrysmes non enflammés; on la fera au moyen de courtes séances de trois quarts d'heure à une heure; on la répétera plusieurs fois, s'il est besoin; et on aura soin de favoriser ses effets au moyen de la compression indirecte appliquée aussi longtemps qu'on le jugera nécessaire.

Nous avons attendu à la fin de notre travail pour parler de la ligature des artères plus ou moins loin du sac. C'est que cette opération sanglante ne devra, dans les cas ordinaires, être pratiquée que lorsque toutes les autres méthodes non sanglantes, et en particulier la compression élastique, n'auront pas réussi. La ligature au-dessus du sac, par la méthode d'Anel pourra réussir sur l'humérale; mais aura moins de chances de succès à la main et à l'avant-bras, à cause de la circulation collatérale. Pour les artères de la jambe, la ligature devra le plus souvent être reportée jusque sur la fémorale. Aussi dans la cure sanglante des petits anévrysmes des membres, d'accord avec les statistiques et les faits cliniques, nous pensons qu'il est préférable, lorsque la compression élastique n'aura pas réussi, ou bien lorsque l'on aura affaire à des tumeurs enflammées, de pratiquer, avec tous les soins de la méthode antiseptique, l'ouverture du sac entre deux ligatures, en un mot d'appliquer la méthode d'Antyllus après hémostase préalable. BARETTE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A

EXERCICE ILLÉGAL.

Préfet, Rebouteur et Médecins.

En 1878, un rhabilleur ou rebouteur des environs de....., commença à venir exercer son art, un jour de chaque semaine, dans un hameau touchant la frontière française. Il eut bientôt une nombreuse clientèle; on le sollicitait vivement de franchir la frontière et de venir instrumenter en France, afin d'éviter aux blessés qu'on voulait confier à ses soins, des déplacements pénibles. Il avait toujours énergiquement résisté aux demandes les plus pressantes, et personne ne s'expliquait ce refus catégorique, lorsqu'un beau jour, après deux ans d'exercice à la frontière, il fut appréhendé au corps par la gendarmerie française, alors qu'il n'avait certainement pas encore les deux pieds sur notre territoire. Pourquoi ce zèle de la police? Etait-ce pour l'intimider et lui signifier de n'avoir jamais à venir exercer la médecine en France puisqu'il n'était diplômé d'aucune de nos facultés? Hélas non, c'était tout simplement parce qu'il avait à purger une condamnation pour rébellion et outrages à la gendarmerie française. Et la suite de l'histoire prouvera clairement que si l'autorité tient à faire respecter les gendarmes, elle ne se soucie pas toujours de la violation de certaines lois. — Notre homme fut donc, à la stupéfaction des habitants, conduit au chef-lieu d'arrondissement et écroué à la prison où il resta plus d'un mois, mais, en tout cas, un temps bien inférieur à sa condamnation, car une *pétition instantanément couverte de signatures fut adressée au président de la République* qui s'empressa de faire grâce. Le côté plaisant de l'affaire, c'est que la pétition insistait fortement *sur les services qu'il avait rendus et qu'il était appelé à rendre à la population comme rebouteur.* Qu'on lui fasse remise de la peine qu'il avait encourue, et qui, sans doute, ne lui avait pas été ménagée, d'accord; mais n'était-ce pas le cas pour l'autorité, si elle tenait à l'observation des lois, et si elle avait le moins du monde voulu se montrer vis-à-vis des médecins du pays, je ne dirai pas bienveillante, mais seulement impartiale et juste, n'était-ce pas le cas de faire pour cet *irrégulier* ce qu'elle avait fait pour deux d'entre nous: « Lui rappeler ou « lui apprendre que la loi impose à tout individu « pratiquant la médecine, l'obligation de faire « enregistrer son diplôme au greffe de l'arron- « dissement. » — *Et il ne me semble nullement* téméraire d'affirmer, que ce simple *avertissement,* discrètement formulé à ce faux Esculape, au moment de son élargissement, aurait suffi à lui inculquer le respect de la loi sur l'exercice de la médecine, comme sa condamnation a dû certainement lui inspirer le respect des gendarmes.

Loin de là, l'autorité s'empressa de procéder à l'élargissement de l'individu purement et simplement, sans la moindre allusion à sa profession de rhabilleur qu'elle devait cependant connaître, car elle l'avait fait cueillir trop adroitement à la frontière, pour n'être pas minutieusement instruite de son identité, de son passé et de son présent. Du reste la pétition n'était-elle pas là pour l'éclairer? Etonnez-vous maintenant qu'à la suite de tels procédés le rebouteur ait compris qu'il serait toléré en France et que l'administration fermerait complaisamment les yeux sur ses faits et gestes de médecin irrégulier! Depuis trois ans, en effet, il parcourt le pays, il a un cabinet de consultation au chef-lieu de canton, où il reçoit chaque semaine à jour fixe. Adressez-lui une lettre, le facteur saura bien à quelle maison la porter: demandez au premier indigène, que vous rencontrerez, sa maison et son jour, il vous renseignera. La police seule ignore ou feint d'ignorer. Nous espérions toujours que l'autorité se déciderait à intervenir. C'est pourquoi, fatigué d'attendre une intervention qui ne venait jamais, je me décidai à en parler un jour à M. le Sous-Préfet, qui

voulut bien me donner le renseignement suivant. En pareille matière, si une plainte est portée contre un rebouteur par un de ses malades, l'affaire est du ressort du Parquet qui s'en saisit et poursuit le délinquant correctionnellement. Si au contraire la plainte provient d'une personne ayant simplement l'intention de signaler l'infraction à la loi qui régit l'exercice de la médecine, l'affaire, au lieu de devenir *correctionnelle*, reste *administrative* et se trouve alors uniquement de la compétence du Préfet du département. C'est précisément en vertu du fonctionnement de ce mécanisme que tout médecin, après son installation, est signalé à la fois au Parquet et à la Préfecture par la police locale et se trouve immédiatement rappelé à l'ordre, s'il ne présente pas, dans le délai légal, son diplôme au greffe du Tribunal de première instance, et au bureau de la Sous-Préfecture (*Titre IV, article 24*).

On peut avoir besoin de ce médecin comme expert et on veut s'assurer qu'il exerce légalement. Mais qu'il s'agisse d'un irrégulier de la profession, d'un rebouteur surtout, qui est toujours très en vue, attendu qu'il entre en scène après les accidents, après les batailles, etc..., les choses se passent différemment. La police le signale certainement à l'autorité, autrement elle ne ferait pas son devoir; ce que je ne peux pas admettre. Elle se met en garde contre tout reproche éventuel de négligence qu'on ne lui ménagerait pas, le cas échéant : mais qu'arrive-t-il dans la pratique ?

Un commissaire de police fait un rapport sur une fracture par bataille ou accident et dit que le blessé a reçu les soins de telle ou telle personne. L'autorité ne répond rien à ce rapport, ou bien, si elle croit devoir y faire allusion, elle demande confidentiellement aux gendarmes ou au commissaire de police si on se plaint du rebouteur. Si la réponse est négative, l'autorité ne s'occupe pas du délinquant et la police locale *qui ne reçoit pas d'ordres* laisse faire. Voilà comment, dans la pratique, les choses se passent toujours, quoi qu'en disent Messieurs du Tribunal et de la Préfecture : ils ne peuvent nous contredire, lorsque nous avançons que l'observation des lois et règlements concernant l'exercice de la médecine ne leur tient pas assez à cœur. — Du reste, poursuivons notre récit, nous trouverons une nouvelle preuve de ce que nous avançons.

Peu de temps après ma conversation avec Monsieur le Sous-Préfet, je reçois comme tous les médecins du département, une circulaire préfectorale relative à l'organisation du service médical des Enfants-assistés. Je réponds que je donnerais avec empressement mon concours à cette œuvre philanthropique, mais à la condition expresse que l'on interdira l'exercice de la médecine et de la chirurgie dans le département au rebouteur que j'ai eu l'honneur de signaler à Monsieur le Sous-Préfet.

Quinze jours après, je reçois ma nomination, sans la moindre allusion à ma condition ou restriction. Comme, pendant ces deux semaines, le rebouteur était venu opérer au chef-lieu du canton, à son jour ordinaire, j'écris à la Préfecture pour refuser toute nomination, et motiver de nouveau ma détermination. On ne tient pas compte de mon refus, et on m'adresse un magnifique registre sur lequel j'aurai à consigner mes observations comme médecin des Enfants-assistés. Je refuse de recevoir ce registre qui est immédiatement retourné à la Préfecture.

C'est alors seulement que M. le Préfet se décide à entrer en scène (mais pour se retirer immédiatement derrière le rideau). En effet, il saisit de l'affaire M. le Procureur de la République. Il savait pourtant bien que je ne me portais pas comme partie plaignante vis-à-vis du délinquant, et que je me bornais à lui signaler l'infraction à la loi sur l'exercice de la médecine dans mon canton. Pourquoi, alors, saisir de cette affaire M. le Procureur de la République, qu'elle ne concernait nullement ? C'était bien la meilleure manière d'enterrer la question ; nous allons voir comment ! M. le Procureur de la République s'est empressé de prescrire une enquête : en conséquence, M. le juge de paix a convoqué tous les médecins du canton, chacun à une heure différente, dans son cabinet. Et à tous, il nous a très sérieusement demandé le nom du délinquant, et nous a priés non seulement de lui signaler les faits d'exercice illégal de la médecine, mais encore de lui fournir toutes les preuves nécessaires pour établir d'une façon irréfutable la contravention. — En présence de semblables dispositions, chacun de nous a cru devoir protester, et s'abstenir de prononcer aucun nom. Elle nous a paru exorbitante, en effet, cette prétention de la justice qui, lorsqu'il s'agit de faits délictueux portant atteinte à nos droits, non seulement ne s'empresse pas de les rechercher, mais encore semble ne pas les voir lorsqu'ils lui crèvent les yeux ; bien mieux, il n'y aura aucun ordre donné à la police locale pour arriver à établir le fait signalé ! Les médecins sont-ils donc des parias en France ?

Nous payons les impôts comme les autres membres de la famille française, et nous devons, ce me semble, avoir droit, comme tout le monde, à la protection des lois de notre pays. Que le doyen de la Faculté de médecine de Paris essaye d'aller s'intaller à l'étranger : je parie qu'avant huit jours il est mis en demeure de déguerpir ou de passer ses examens devant le jury local.

La France, au contraire, est la terre classique de l'exploitation du médecin : les villages pour leurs indigents ; les villes pour leurs hospices ; le gouvernement pour ses œuvres philanthropiques (médecine scolaire, assistance des enfants) ; la justice pour la médecine légale : tout le monde réclame nos services, en use et en abuse ; notre dévouement est unanimement reconnu !

Et que recevons-nous en échange ? du haut en bas, l'ingratitude la plus complète : car à la moindre réclamation, c'est à qui nous jettera le plus prestement par-dessus bord. Si nous réclamions des privilèges, on aurait raison ; mais si

nous vivons vraiment sous un régime de liberté et d'égalité, il est temps de nous le prouver et de rendre la justice égale, pour les médecins comme pour tout le monde.

Mais revenons à notre sujet: M. le juge de paix a écrit à M. le Procureur de la République que non seulement les plaignants ne lui avaient fourni aucune preuve de leurs allégations, mais qu'ils ne lui avaient même signalé ou précisé aucun fait. Et naturellement l'enquête s'est trouvée close; il n'y a pas lieu à poursuivre le rhabilleur, puisque il n'y a pas de plaintes de la part de ses malades. Très bien pour M. le Procureur de la République : je ne saurais le blâmer de se renfermer strictement dans son rôle, mais l'affaire va-t-elle en rester là ? De ce qu'il n'y a pas lieu à poursuites correctionnelles contre le rhabilleur, s'en suit-il que M. le Préfet soit obligé de lui laisser violer la loi ? Des poursuites, nous n'en avons jamais demandé, mais nous réclamons énergiquement que le rebouteur soit mis en demeure de produire son diplôme.

Non, M. le Préfet, il n'y a ni enquête à faire, ni poursuites à exercer ; le rebouteur en question exerce ostensiblement la médecine ; vous le savez très bien, M. le Procureur de la République le sait encore mieux que vous; j'ai cinq preuves à vous en donner :

1° Lorsque le Parquet l'a fait si adroitement cueillir à la frontière, il était parfaitement renseigné sur son identité, sur sa profession et sur ses habitudes. Les gendarmes ne se sont pas trompés de jour; ils sont venus au bon moment, et il est probable qu'ils ont dû l'épier plusieurs semaines avant de réussir, mais ils ont agi avec persévérance et sagacité, *parce qu'ils avaient des ordres précis*.

2° Le 21 octobre 1878, j'ai été requis pour visiter un blessé et faire un rapport attendu que le dit blessé, qui avait été soigné par le rebouteur, ne présentait pas de certificat médical, et prétendait avoir la jambe cassée, ce qui n'était pas vrai. Le réquisitoire était signé de Monsieur le juge de paix *enquêteur*, et le rapport lui était demandé par le Parquet.

3° Chacun sait qu'à la suite d'un accident ou d'une bataille, s'il y a des blessures graves, la gendarmerie doit faire un rapport circonstancié et donner le nom des médecins qui ont soigné les blessés.

Donc le rebouteur a dû, par ce fait même, être signalé à l'autorité. Du reste les journaux de la localité ont imprimé son nom en toutes lettres, et je tiens à la disposition de M. le Préfet une espèce de carte-adresse, comme il en avait distribué à profusion dans le pays.

4° A supposer que l'administration n'ait rien su, la pétition adressée à M. le président de la République, pour obtenir son élargissement en vue des services qu'il avait rendus et qu'il était appelé à rendre à la population comme rhabilleur, était suffisante pour renseigner la police et l'administration.

5° M. le juge de paix enquêteur a eu à juger, au commencement de la présente année, le procès suivant : Un de mes confrères avait donné des soins à un jeune homme pour une entorse du pied. Le blessé refusait de payer son médecin, sous prétexte que, n'éprouvant pas de soulagement du traitement institué par le médecin, il avait dû réclamer les soins du rhabilleur. Or, le juge de paix, aujourd'hui chargé de l'enquête au sujet des faits et gestes de ce même rhabilleur, prétend ignorer jusqu'à son nom.

De tels procédés donnent la mesure des bonnes dispositions de l'autorité vis-à-vis des médecins.

En résumé je crois avoir démontré :

1° Que les faits et gestes du rhabilleur doivent être connus du Parquet et de la Préfecture.

2° Que l'autorité ne veut pas agir.

C'est pourquoi je fais appel à la publicité du *Concours médical,* à l'expérience de son honorable Directeur, si dévoué à nos intérêts professionnels, et, s'il est besoin, aux lumières de notre très empressé et très compétent Conseil judiciaire.

D[r] X.

B

EXERCICE ILLÉGAL PAR LES RELIGIEUX.

Notre confrère se plaint, et à juste titre, du peu d'empressement que met l'autorité à poursuivre les actes d'exercice illégal qui sont à sa connaissance. Quand les circonstances font que le délit est soumis au jugement des tribunaux, la pénalité *imposée est le plus souvent ridicule: nous* en avons donné maint exemple; en voici un nouveau à ajouter à la série.

On lit dans l'*Union pharmaceutique* :

« Le jugement qui suit porte des enseignements « qui sont précieux, jugez-en :

« Dernièrement comparaissait devant le tribu- « nal de police correctionnelle de la Seine le R. P. « G., de la communauté de S. Il était prévenu « d'homicile par imprudence.

« Il avait été appelé au chevet d'un ouvrier « nommé P., qui avait reçu la veille, dans une « rixe, deux coups de couteau. Les blessures n'é- « taient point mortelles; mais une hémorrhagie « abondante avait affaibli le malade.

« Le P. G. courut en toute hâte au couvent et « prépara un cordial composé d'eau, de sucre, « d'alcool et d'une petite cuillerée d'arnica. Dans « sa précipitation, le religieux se trompa de flacon « et versa dans la potion non point de l'arnica, « comme il le pensait, mais de l'aconit. Ce remède « acheva P. : les vomitifs ne purent le sauver : en « quelques heures il expira.

« Le R. P. G. a été condamné à 100 fr. d'a- « mende. »

« Cent francs d'amende, c'est pour rien, et que les pharmaciens seraient heureux, en pareil cas, d'en être quittes à si bon compte ! Pour ce brave moine, coupable d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie et, de plus, auteur d'un homicide involontaire, la peine se chiffre par 100 fr. d'amen-

de. Pour le pharmacien — qui cependant a le droit de détenir et de vendre des médicaments — le fait seul d'avoir délivré une potion sans ordonnance est coté 500 francs d'amende et, pour le surplus, les tribunaux ne sont pas tendres quand il s'agit d'apprécier sa responsabilité civile après un accident.

« Je laisse à mes confrères le soin de tirer la moralité de ce petit fait-divers

« E. F. »

C.

EXERCICE ILLÉGAL PAR UN OFFICIER DE SANTÉ.

Ces jours derniers, j'assistais une sage-femme auprès d'une jeune mère à la campagne. Elle me rappela un souvenir de jeunesse que je n'avais certes pas oublié: c'était à propos d'un médecin V. qui est mort aujourd'hui. On peut donc conter l'histoire, d'autant plus que cela peut avoir sa valeur dans la discussion, inévitable un jour, sur les choses de la médecine, et le grade d'officier de santé en particulier.

Je commence par déclarer que je connais des officiers de santé pour lesquels je professe la plus grande estime; mais il se rencontre parmi eux de fâcheuses exceptions. Jugez-en!

Le 1er mai 1868, je fus réveillé à onze heures du soir, pour aller terminer un accouchement à 20 kilomètres, chez une indigente *déjà mère de sept enfants*. L'officier de santé V., chargé des indigents de la commune, était là depuis trente-six heures et ne pouvait en finir. Une lettre du maire me priait d'intervenir.

A mon arrivée, on me dit que le *confrère* était allé se coucher après le départ du commissionnaire. J'allai le trouver au cabaret, où il dormait à poings fermés.

Lorsqu'il fut réveillé, je lui demandai quelques détails: il me conta alors qu'il s'était trouvé en présence d'une présentation de l'épaule avec procidence du bras, et qu'après de nombreuses tentatives, il n'avait pu introduire la main. Il ajouta, de l'air satisfait de quelqu'un qui a la conscience de son savoir et du devoir accompli: « j'ai alors coupé le bras, mais sans plus de succès... » Je demeurai stupéfait!... « L'enfant est mort, lui demandai-je? » Cette question parut le surprendre. Il me regarda de travers, puis répondit: « c'est probable!... » J'aurais voulu être à cent lieues. Un procès célèbre se déroulait devant moi. La phrase bien connue du professeur Pajot me revenait à la mémoire: mais on nous entourait, je me tus.

Enfin il fallait agir: nous arrivions à la maison de la malheureuse. En entrant, la sage-femme me présenta le bras coupé. Ce bras, *qui demandait une pension alimentaire*, était affreusement mutilé. V. m'expliqua que, n'ayant pas d'instrument, il avait pris un mauvais couteau dans la maison!...

Je m'approchai de la femme, justement effrayée et la rassurai de mon mieux.

La main introduite rencontrait des lambeaux de chair et, au milieu, la cavité glénoïde. Je contournai ces débris et j'arrivai facilement à saisir les pieds. La version fut rapide.

L'enfant paraissait mort; je le passai à la sage-femme (*qui ne fit rien pour le rappeler à la vie*), pendant que j'amenais le placenta.

J'étais soulagé d'un grand poids! V. était calme. « C'est égal, me dit-il, pendant que je me « lavais les mains, il faut croire qu'il s'est passé de « singulières choses depuis que je suis couché, « pour que vous ayez eu sitôt fait. Vous n'auriez « certes pas pu ce matin ».

Je ne répondis rien: mais en sortant, lorsque nous fûmes seuls, je lui demandai quelle idée il avait eu de couper ce bras. « Moi, fit-il, superbe, sans hésiter, je fais toujours comme cela! »

Veuillez agréer, etc. Dr Bertin.

Si nous avons consenti à reproduire le triste récit qui précède, ce n'est que par ce motif que nous voyons encore là l'occasion d'un service à rendre par les syndicats. Les docteurs en médecine et les officiers de santé qui fréquentent les cabarets (il s'en rencontre encore) sont sujets à de singuliers écarts de conduite.

Dans le cas cité, notamment, il aurait appartenu au bureau syndical de la région d'intervenir officieusement auprès de ce malheureux médecin et puisque, dans la circonstance, il s'agissait d'un officier de santé, il n'aurait pas été impossible de le rappeler à la stricte observation de la loi, en le menaçant d'une surveillance active et, au besoin, de poursuites imposées par les devoirs de l'humanité. Pour être honorés, les médecins doivent s'opposer à tous les actes qui les déconsidéreraient à juste titre, en rejaillissant sur les plus honorables.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la teigne sans épilation.

(*Extrait d'une leçon du Dr Decroizille*).

La connaissance de l'origine parasitaire des teignes commande la prophylaxie et le traitement. L'isolement des sujets atteints est de rigueur, et, comme la plupart d'entre eux sont chétifs, lymphatiques, scrofuleux même, la première indication est de les placer dans de bonnes conditions hygiéniques, de les soumettre aux toniques et aux reconstituants, quinquina, huile de morue, iodure de fer, etc.

L'épilation, qui est toujours employée à l'hôpital Saint-Louis, détruit le parasite en supprimant l'organe qui lui sert d'asile. C'est une méthode très douloureuse et pénible à pratiquer; elle réussit assez bien dans le favus, mais non dans la

teigne tondante, parce que les cheveux cassent au lieu d'être arrachés. On peut, alors, isoler les parties saines de la plaque malade par l'épilation de la zone phériphérique.

On a essayé d'un grand nombre de préparations parasiticides, précédées ou non de l'épilation. A l'exemple de MM. Ladreit de la Charrière et Cadet de Gassicourt, M. Descroizilles, qui repousse l'épilation, emploie avec succès depuis trois ans, contre la teigne tonsurante et le favus, le cosmétique à l'huile de croton tiglium. Voici la formule qu'il a adoptée :

Beurre de cacao	10 gr.
Cire	10 —
Huile de croton	20 —

Le cosmétique ainsi composé doit être d'un volume moyen, cylindrique, dur, enveloppé de papier métallique. On en emploie extrêmement peu à chaque friction qui doit être faite doucement et ne durer qu'une demi-minute, une minute au plus, après avoir coupé ras les cheveux au niveau des plaques envahies par le mal. La friction terminée, on entoure la tête du malade d'un petit bonnet doublé de taffetas gommé qui met le cuir chevelu à l'abri de l'air et préserve l'entourage de la contagion, mais qui a surtout pour but d'empêcher le malade d'imprégner ses doigts du topique irritant pour le déposer sur les yeux ou sur les muqueuses.

A la suite de la friction, le derme devient le siège d'une sécrétion séreuse, d'abord; puis séro-purulente, qui soulève l'épiderme. Les vésicules se dessèchent, et, au bout de quarante-huit heures, elles ont fait place à des croûtes jaunâtres qu'on prendrait à première vue pour une éruption impétigineuse. Tout à l'entour, le cuir chevelu est tuméfié; l'éruption s'accompagne plutôt d'une démangeaison que d'une douleur proprement dite.

On applique des cataplasmes de fécule pour faire tomber les croûtes, qui entraînent avec elles les cheveux malades, farcis de parasites.

Lorsque la maladie n'est pas trop invétérée, la guérison, ou une amélioration très notable, est de règle. On obtient ce résultat dans un délai qui varie en moyenne de trois à huit mois et qui nécessite de trois à cinq frictions. S'il y a plusieurs plaques de teigne sur la tête, on les attaquera à quinze jours d'intervalle, afin d'éviter que le cuir chevelu soit le siège d'un travail inflammatoire trop étendu.

L'application du cosmétique à l'huile de croton est facile à faire, et elle est peu douloureuse. Il est vrai qu'il y a des cas rebelles à cette méthode, mais ces cas-là seraient tout aussi réfractaires à l'épilation. On a reproché à l'huile de croton de provoquer fréquemment l'érysipèle et l'alopécie définitive. Or, dans l'immense majorité des cas, les cheveux repoussent sur les plaques frictionnées. Et d'un autre côté, M. Descroizille n'a observé l'érysipèle que quatre fois sur mille frictions environ pratiquées chez deux cent cinquante enfants; encore cet accident a-t-il toujours été suivi de guérison. Le seul inconvénient du croton réside dans le transport possible de cet agent irritant sur la conjonctive, d'où la possibilité d'une conjonctivite.

Le cosmétique au croton donne des résultats très satisfaisants dans la teigne tondante encore plus que dans le favus. Il agit peu dans la pelade, et ce défaut d'action est, au besoin, un moyen de diagnostic dans les cas douteux. Il produit presque toujours de la rubéfaction, presque jamais de la vésication. Lorqu'après plusieurs frictions, on ne voit se produire sur une tête chauve ni vésicules ni vésico-pustules, le diagnostic penchera en faveur de la pelade. M. Descroizilles emploie ordinairement, contre la pelade, une pommade à la teinture de cantharides ou un cosmétique à l'huile de ricin. (*Moniteur de Thérapeutique*).

*
* *

Le chlorhydrate de kairine.

M. *Hallopeau* vient de faire connaître un nouvel antipyrétique introduit dans la thérapeutique par M le professeur Filehene (d'Erlangen), le chlorhydrate de kairine, dérivé de la quinoline, dont le véritable nom est *méthylhydrure d'oxyquinoline.* Il abaisse la température chez les fébricitants, d'autant plus rapidement que la dose est plus élevée, provoque des sueurs abondantes qui cessent bientôt si l'on maintient la température au chiffre physiologique, en donnant de nouvelles doses de médicament.

Son action antipyrétique, sur laquelle M. Hallopeau entre dans de très grands détails, paraît s'exercer dans toutes les maladies; les résultats obtenus dans le pneumonie *sont surtout dignes de* remarque, car la kairine arrive à la faire évoluer tout entière dans l'apyrexie.

M, Hollopeau ayant pu, grâce à l'obligeance de de M. Filehne, avoir à sa disposition quelques grammes de kairine, a constaté la puissance de son action chez trois malades, dont deux étaient atteints de pneumonie et le troisième de tuberculose miliaire aiguë. Aussi croit-il pouvoir affirmer, dès maintenant, que le chlorhydrate de kairine est, de tous les agents antipyrétiques, celui donc l'action, à doses non toxiques, est la plus sûre, la plus puissante et la plus rapide. M. Hollopeau l'a administré par paquets de 50 centigrammes d'heure en heure ou toute les heures et demie.

(*Société méd. des hôpitaux d'après la Gazette médicale*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DE LA GIRONDE

Réunion du 5 juillet 1883.

Le 5 juillet, les membres des bureaux des quatre syndicats médicaux de la Gironde se réunissaient à Bordeaux conformément à la décision prise dans la séance du 4 juin dernier. L'ordre du jour portait, en tête, la constitution définive du bureau du syndicat départemen-

tal. Le sort ayant déjà désigné l'honorable M. Rafaillac, du syndicat du Médoc, comme Président de notre fédération, pour l'année 1883, voici la composition qui est résultée des divers scrutins qui ont eu lieu successivement :

Président désigné conformément à l'article V des statuts :

M. le Dr RAFAILLAC, du syndicat du Médoc :

Vice-Présidents : Dr CAUSSADE, président du sydicat de Coutras ;

Dr DUPRADA, président du syndicat de la Réole.

Secrétaire-général : Dr BARAT-DULAURIER, du syndicat de Coutras.

Secrétaire-adjoint : Dr DUPEUX, du syndicat du Médoc.

Trésorier : Dr LANDREAU, du syndicat de l'arrondissement de Bordeaux.

Il a été convenu, en outre, que chaque syndicat désignerait, dans sa plus prochaine réunion, celui de ses membres qui devrait remplir les fonctions de syndic rapporteur.

Aussitôt après la constitution définitive de son Bureau, le syndicat départemental de la Gironde s'est mis à l'œuvre, et a examiné les différentes questions inscrites à son ordre du jour. La médecine des Enfants-Assistés; l'inspection médicale des enfants du premier âge (loi Roussel); l'inspection médicale des écoles, ont été successivement abordées et discutées.

Tous les syndicats sont d'avis que, pour ces différents services, la rémunération allouée au médecin est absolument insuffisante. *L'inspection médicale des écoles* même ne donne ouverture à aucun mémoire d'honoraires, tandis que dans d'autres contrées, en Angleterre, par exemple, cette inspection est largement rémunérée.

Dans la Gironde, l'administration des Enfants-Assistés, exige de ses Médecins-inspecteurs, non seulement l'inspection réglementaire des enfants placés dans leurs circonscriptions respectives, mais encore elle entend qu'ils leur donnent tous les soins médicaux que comporteront les différentes maladies dont ils pourront être atteints. De cette façon le Médecin-inspecteur est, à la fois, un agent de surveillance spécial et un Médecin traitant. Or, les honoraires qui lui sont alloués sont absolument insuffisants. D'un autre côté, le chiffre restant le même, quel que soit le nombre de visites faites, il en résulte, pour le médecin, une situation complétement intolérable et qu'il est du devoir du syndicat départemental de chercher à améliorer.

Les mêmes observations s'appliquent aussi à *l'inspection des enfants du premier âge (loi Roussel)*, avec cette différence, toutefois, que le médecin n'est tenu qu'aux visites d'inspection réglementaires, le traitemen médical de ces enfants ne lui étant nullement imposé.

On ne saurait admettre, néanmoins, en ce qui concernt ce dernier service, que le chiffre de 3 fr., par exemple (Rapport de l'inspecteur départemental, année 1882, p. 54), puisse être suffisant pour payer une visite qu'un Médecin-inspecteur devra faire dans un rayon de 20 à 25 kilomètres (1).

(1) Voici les chiffres du Rapport de l'inspecteur départemental.
1 fr. par visite mensuelle faite dans un rayon de 4 kil.
1 fr. 25 — — — — — 5 à 8 kil.
1 fr. 50 — — — — — 9 à 12 —
2 fr. — — — — — 13 à 15 —
2 fr. 50 — — — — — 16 à 20 —
3 fr. — — — — — 21 à 25 —

Désirant concilier les intérêts de l'humanité, le bon fonctionnement du service médical des Enfants-Assistés et des enfants du premier âge, avec la dignité du corps médical, le syndicat départemental de la Gironde émet les vœux suivants :

1° Augmenter le nombre des médecins-inspecteurs, de manière à rendre moins considérables les distances que chacun d'eux aura à parcourir;

2° Dans le même but, charger, autant que faire se pourra, chaque praticien des soins à donner aux enfants placés dans sa clientèle habituelle (Enfants-Assistés et enfants protégés);

3° Assurer au médecin un chiffre fixe pour chaque visite faite, soit à un enfant assisté, soit à un enfant placé en surveillance en exécution de la loi Roussel.

4° Calculer le prix de la visite médicale d'après la distance parcourue, à partir du domicile du médecin, et le compter d'après le tarif suivant :

Prix de la visite 1 fr., plus 0 fr. 50 par kilomètre de déplacement compté à l'aller seulement ;

5° En ce qui concerne l'inspection médicale des écoles :

a. Insister auprès de l'administration pour qu'elle rémunère ce service ainsi que tous les autres;

b. Etablir les honoraires du médecin d'après les bases suivantes :

Inspection d'une école dans le lieu de résidence du médecin..... 3 fr.

En dehors de la résidence du médecin, 1 fr. en plus par kilomètre parcouru, compté à l'aller seulement.

L'heure étant avancée, il n'a pas été possible d'aborder la question des rapports des médecins avec les parquets. Elle reste donc à l'ordre du jour de la prochaine réunion. Nous aurons aussi à étudier, à ce moment, la question des constatations de décès.

Le secrétaire général Ad. BARAT-DULAURIER.

NOUVELLES

LE CHOLÉRA. — Le nombre total des décès pour l'Egypte du 24 juin au 24 juillet est de 6.741; Le villes qui ont le plus souffert sont : Damiette, 1.875 morts; Mansourah, 1.049; Chibin-el-Kom, 496, en douze jours, et le Caire 1.794 en huit jours. Au 29 juillet, l'épidémie avait fait 51 victimes dans l'armée anglaise.

Voici, jour par jour, la table des décès.

24 Juillet.....	731	dont.....	425	au Caire.
25 —.....	—	—.....	365	
26 —.....	569	—.....	320	
27 —.....	532	—.....	293	
28 —.....	562	—.....	331	
29 —.....	607	—.....	323	
30 —.....	502	—.....	274	

Tous ces chiffres sont fortement contestés et on estime qu'ils sont tous les jours inférieurs de deux à trois cent et plus au nombre réel des décès. — Il y a 6 nouveaux cas de décès à Alexandrie.

Voici quelle sera la composition de la mission qui doit être envoyée en Egypte pour étudier le choléra, et pour laquelle des crédits sont en ce moment demandés au Parlement.

Le chef de cette mission est le docteur Strauss, médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté de Paris.

Les autres membres sont :

MM. Nocart, chef de clinique à l'Ecole vétérinaire d'Alfort ;

Roux, chef du laboratoire de M. Pasteur, et un deuxième élève du même laboratoire.

On sait que, sur la demande de M. Pasteur, le Parlement a accordé une somme de 50.000 fancs pour les frais de cette mission.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

11 Août 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 32

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du « Concours médical ».

CONVOCATION.

L'Assemblée générale des membres de la Société civile du Concours médical *est fixée au dimanche 19 août, à quatre heures du soir très précises, dans les salons du Grand Véfour, au Palais-Royal.*

A la suite de la réunion, aura lieu, comme d'habitude, un repas dont la cotisation est fixée à dix francs seulement, la Société prenant à sa charge le complément des frais.

Nous recommandons instamment à ceux de nos confrères, qui se proposent d'assister à la réunion et au repas, de nous en donner avis dans le plus bref délai possible, afin que nous puissions, en temps voulu, prendre les mesures nécessaires.

Nous invitons nos confrères à assister à cette Assemblée et à nous permettre ainsi, en venant unir leurs efforts aux nôtres, de mener à bien l'œuvre de revendication professionnelle que nous poursuivons.

LA DIRECTION.

CONSEIL DES COMITÉS

Les membres des comités d'Administration, de Rédaction et d'Etudes des annonces se réuniront en *Conseil des Comités* le samedi 18 août, veille de l'Assemblée générale, dans les Bureaux du *Concours médical*, à deux heures de l'après-midi.

En effet, le règtement concernant les comités porte :

ART. 13. — Les comités se réunissent au moins une fois chaque année en Conseil des comités pour entendre la lecture des rapports présentés à l'Assemblée générale par le Directeur et par chacun des comités en particulier.

Le conseil des comités approuve la situation et les inventaires annuels avant leur présentation à l'Assemblée générale. Il arrête le projet de budget qui sera soumis à cette Assemblée, ainsi que les propositions qui lui seront faites pour l'emploi des bénéfices annuels.

ART. 15. — La présence de cinq membres au moins, y compris le Directeur, est nécessaire pour assurer la validité des décisions du Conseil des Comités. Les décisions sont prises à la majorité des voix, la voix du président étant prépondérante en cas de partage.

ORDRE DU JOUR

DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

1° Présentation à l'Assemblée générale des rapports concernant l'exercice annuel 1882-1883 :

Rapport du Directeur;
Rapport du Comité d'études des annonces;
Rapport du Comité de rédaction;
Rapport du Comité d'administration.

2° Discussion des conclusions de ces divers rapports.

3° Vote de l'emploi de la somme disponible conformément à l'article 3 des statuts.

4° Nomination des membres des Comités.

5° Discussion des intérêts professionnels et des propositions des membres du *Concours*.

Nous rappelons, par mesure d'ordre, les divers articles du règlement concernant la tenue des Assemblées générales :

Art. 1er — La convocation pour les Assemblées générales est faite par simple avis inséré au journal, quinze jours au moins avant celui fixé pour la réunion.

Art. 2. — Le Bureau est constitué par le Directeur Président de droit, deux médecins choisis parmi les membres de l'Assemblée, et tous les membres des comités présents. — Le Bureau choisit son secrétaire.

Art. 3. — Dans l'intérêt de la discussion, et pour rendre les débats aussi fructueux que possible, tout membre, qui voudra présenter une motion à l'Assemblée, devra en faire connaître la teneur au Directeur, huit jours au moins avant la date de la réunion.

Art. 4. — Procès-verbal sera dressé des résolutions de l'Assemblée et publié dans le numéro du Journal qui suivra la réunion.

Nota : Les cartes qui constituent le titre de membre de la société Civile du *Concours médical* ont été adressées à tous les adhérents jusques et y compris le N° 2600.

Ceux d'entre eux qni n'auraient pas reçu cette carte sont priés de la réclamer immédiatement aux bureaux du *Concours*.

Nous invitons de nouveau les *membres du Concours*, qui ne pourraient assister à la réunion et qui auraient des propositons d'intérêt général à présenter, à les formuler de suite par écrit et à nous les transmettre, afin qu'elles puissent figurer à l'ordre du jour, être examinées et discutées en séance.

Nous réclamons, notamment, leurs propositions pour l'affectation des sommes disponibles.

La Direction.

BULLETIN

En présence des marques de désapprobation dont sa dernière communication a été l'objet à l'Académie, M. J. *Guérin*, a cru devoir résumer ses doctrines dans les conclusions suivantes :

1° Conformément à l'enseignement des plus grands maîtres de la science, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, j'ai toujours considéré, dit-il, les éclosions des épidémies, et des épidémies de choléra en particulier, comme un produit de certaines constitutions médicales résultant des modifications successives de l'atmosphère et de l'organisme.

2° Sous l'empire de ces modifications, les épidémies cholériques s'annoncent par des dérangements de la santé, dérangements caractérisés surtout par des diarrhées continues chez les enfants d'abord, chez les adultes et les vieillards ensuite. J'ai signalé ces faits à l'approche de toutes les épidémies de choléra depuis l'année 1831, plus d'une année avant l'épidémie de 1832, et successivement pour les quatre grandes épidémies qui ont suivi celle de 1832 : en 1849, en 1853, en 1866 et en 1873.

L'existence de ces diarrhées, auxquelles j'ai donné le nom de *diarrhées prémonitoires des épidémies*, a été confirmée par les observateurs les plus sévères de tous les pays.

3° Lors de l'explosion des épidémies cholériques et pendant leur règne, on constate trois autres catégories de diarrhées qui ne sont que la continuation des diarrhées prémonitoires de l'épidémie, et trois expressions plus avancées de l'intoxication cholérique :

La première catégorie est celle où le cholera, dans certaines localités, villes, villages, ne va pas au delà de cette ébauche, tandis que, dans les localités voisines, il acquiert tout son développement.

La deuxième catégorie est celle qui précède invariablement le développement du choléra individuel et en constitue la première période.

La troisième catégorie, celle qui, dans les localités où règne le choléra complet, se limite néanmoins à certains quartiers, à certaines rues, à certains côtés de rue, que l'on avait supposés précédemment tout à fait épargnés par la maladie, et ce en vertu d'une immunité exceptionnelle. J'ai montré que ces trois catégories de diarrhées ne sont que des expressions variées et graduées de l'intoxication cholérique.

4° J'ai constaté qu'avant l'explosion collective du choléra confirmé, et avant la date assignée à cette explosion, il avait toujours existé quelques cas de choléra réels mais isolés et inaperçus, ou indument qualifiés de *choléra nostras*, ce qui a fait dire que le *choléra officiel* arrive toujours après le *choléra réel* : celui-ci entouré des prodromes de l'épidémie et se manifestant presque toujours en même temps, le même jour, si ce n'est à la même heure, dans des quartiers différents. Des faits absolument pareils se sont produits et reproduits à Paris en 1832, à Marseille en 1865, au Havre, à Rouen et à Paris en 1873 ; et dans chacune de ces localités, les constatations ont été revêtues des preuves les plus authentiques et ont été consignées dans les documents les plus sérieux.

5° Contrairement à la doctrine de l'importation, différentes contrées de la France sont restées pendant des mois, si ce n'est pendant une année, en rapport quotidien avec différents centres occupés par le choléra, sans avoir contracté la maladie ; et lorsque la maladie a fait son apparition dans quelques-unes, comme à Paris en 1832, au Havre en 1873, il a été absolument impossible de découvrir un fait pouvant servir de prétexte à l'importation.

6° La contagiosité du choléra, établie par un certain nombre d'observations incontestables et que j'ai toujours admises, ne constitue qu'un fait relatif, c'est-à-

dire subordonné, pour les localités, pour l'individu et pour la maladie elle même, à des conditions préalables d'aptitude, de réceptivité et d'activité contingente, lesquelles expliquent, tout à la fois, l'impuissance des transports lointains et la stérilité si fréquente des contacts individuels.

7° Finalement, les épidémies de choléra sont soumises aux lois qui règlent l'évolution et la propagation des autres maladies virulentes et infectieuses, et les différentes dénominations à l'aide desquelles on a arbitrairement séparé les formes et degrés du choléra réel en choléra nostras, choléra sporadique, choléra épidémique, choléra asiastique, n'ont pas plus de raison d'être que de semblables appellations que l'on voudrait appliquer à la variole, à la scarlatine, à la rougeole, etc.; les unes, pas plus que les autres, ne peuvent être considérées, à leurs différents degrés et formes diverses, comme des maladies de nature et d'origine différentes, sous les noms de variole, de rougeole et de scarlatine *nostras* ou *exotique*.

8° Enfin, et comme conséquence logique et pratique des faits qui précèdent, les mesures sanitaires employées aujourd'hui pour s'opposer à l'envahissement du choléra asiastique doivent être considérées comme des institutions caduques qui seront un jour remplacées par le système des avertissements à domicile; système inauguré dès l'année 1849 en Angleterre, où, sur 130,000 cas de diarrhée prémonitoire dûment constatés, 250 seulement ont evolué jusqu'au choléra cyanique et mortel.

M. *Fauvel* répond à M. Guérin que si l'Exposition de 1867 n'a pas amené le choléra à Paris, bien qu'il régnât en Europe, c'est que la France comme les autres pays d'Europe, venait de sortir d'une épidémie intense qui avait sévi en 1865 et, 1866; c'est là justement une application instructive de cette loi universellement acceptée : qu'une grande épidémie entraîne, après elle, une immunité plus ou moins prolongée pour le pays qu'elle a atteint. Enfin, en 1873, après l'exposition de Vienne, il y eut en France une épidémie qui fut sans doute très légère à Paris, mais qui eut une certaine gravité en Normandie.

M. *J. Rochard* ne veut pas se laisser entraîner sur le terrain des diarrhées prémonitoires : ce n'est pas une question de doctrine qui est en jeu, mais une question de fait; or, le fait, c'est que M. Fauvel a démontré, preuves en mains, que le choléra, qui règne en ce moment en Egypte, y a été importé, et que cette importation est le résultat de la suppression des mesures sanitaires qui protégeaient cette contrée depuis seize années. Les mesures adoptées à la suite de la Conférence de Constantinople ont été rigoureusement exécutées par le Conseil sanitaire international d'Egypte, tant que la parole du représentant de la France y a été écoutée; depuis que l'Angleterre a la haute main sur les affaires, l'action du Conseil international a cessé de s'exercer, les quarantaines qui protégeaient ce pays et l'Europe ont été supprimées. Les provenances de l'Inde, et notamment celles de Bombay, ont été admises en libre pratique; les pélerins de la Mecque eux-mêmes ont cessé d'être l'objet de la surveillance sévère à laquelle ils étaient depuis longtemps soumis.

Depuis plusieurs mois, l'invasion du choléra était prévue, annoncée, comme devant être la conséquence inévitable de la mise en oubli des précautions sanitaires si efficaces jusqu'alors. Les avertissements, les prières, n'ont pas été écoutés, le choléra s'est déclaré à Damiette et, de là, a gagné toute l'Egypte.

S'il avait fallu donner une preuve de la transmissibilité du choléra, on n'en aurait pu trouver une plus éclatante : voilà pourquoi tous les membres de l'Académie ont maintenant leur conviction faite; voilà pourquoi M. Guérin ne voit son argumentation défendue par aucun de ses collègues. La conclusion pratique à tirer de ce débat, c'est qu'il faudra profiter de la leçon et veiller avec plus de soin que jamais à l'application des mesures sanitaires et des quarantaines en particulier. Tel est l'avis unanime des collègues de M. Guérin.

Dr J. Geoffroy.

Nécrologie. — Au moment de mettre sous presse ce Bulletin, nous apprenons la mort du professeur *Perrot*. Nous reviendrons sur ce cruel événement.

Nous avons aussi à faire part aux membres de notre Société d'une bien pénible nouvelle : la mort prématurée, à l'âge de 39 ans, de M. Léonel Oudin, conseil judiciaire de notre Société. Tous nos lecteurs, et surtout tous ceux qui ont pu avoir recours à ses lumières et à son obligeante intervention, s'associeront, comme nous, au témoignage de profond regret que nous transmettons à Madame Ve Oudin et à sa famille.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

DES HÉMATOCÈLES UTÉRINES INTRA-PÉRITONÉALES.

Depuis que Ruysch a signalé, en 1671, l'existence d'une affection des organes génitaux de la femme, consistant en une tumeur sanguine qui se forme au voisinage de l'utérus, il n'est guère de point de la gynécologie qui ait soulevé de plus vives controverses. Les opinions les plus différentes ont été soutenues sur sa nature et ses causes, et il semblait que jamais on ne dût arriver à concilier des théories aussi disparates.

Cependant il résulte des plus récents travaux d'ensemble, écrits sur cette question (1), que tout

(1) M. Jousset. Essai sur les hématocèles utérines intra-péritonéales. Thèse de Paris, 1883.

le monde avait à la fois raison et tort. Chacun des observateurs n'avait vu qu'une face du sujet et se croyait autorisé à nier l'existence des autres. Ici, comme en bien d'autres matières, l'éclectisme est la vérité.

I.

Sous les noms d'hématocèle rétro-utérine, péri-utérine et utérine, on doit comprendre non pas une maladie, une entité morbide, mais une affection symptomatique d'une hémorrhagie intra-péritonéale siégeant dans la cavité pelvienne de la femme, et résultant directement ou indirectement d'un trouble morbide des organes génitaux de celle-ci. Cette hémorrhagie peut se produire par les mécanismes les plus différents; mais, peu importe ! l'hématocèle une fois constituée se reconnaît aux traits suivants.

« Elle est caractérisée anatomiquement par une tumeur sanguine enkystée, située dans le petit bassin et proéminant dans l'abdomen; elle est caractérisée symptomatiquement par une tumeur, faisant une saillie vaginale ordinairement rétro-utérine et remontant plus ou moins haut dans l'abdomen, tumeur fluctuante au début, présentant plus tard des points fluctuants, et des points indurés, devenant indurée à une période plus avancée et présentant très souvent des augmentations et des modifications en rapport avec la fonction menstruelle. »

La formation de cette tumeur sanguine est précédée de symptômes précurseurs si variables suivant leur marche et leur intensité qu'il est indispensable de les diviser en deux variétés.

Dans une première variété, le début des accidents est *dramatique*, suivant la juste expression de M. Bernutz, qui les a si bien décrits (1). Ce sont des douleurs très-vives, survenues subitement et s'accompagnant de symptômes d'hémorrhagie interne et de péritonite aiguë. L'intensité des accidents peut être telle que la malade meure par l'abondance de l'hémorrhagie interne et le choc qu'elle détermine, et l'hématocèle n'a pas même le temps de se constituer : car pour qu'il y ait tumeur enkystée, il faut que la quantité de sang épanché ait été modérée et que la péritonite soit limitée. Ces cas d'hémorrhagies, en quelque sorte foudroyantes, ont été appelées par Barnes, *cataclysmiques*; elles peuvent résulter de la rupture, de l'utérus, d'une kyste tubaire, de l'ovaire, ou de veines utéro-ovariennes. Ce sont les plus rares fort heureusement; car on comprend qu'elles ne laissent pas de prise à la thérapeutique.

Dans la seconde variété, on relève des symptômes précurseurs *plus insidieux*, et qui varieront suivant la maladie qui sera la cause de l'hématocèle : tantôt l'apparition de la tumeur sanguine sera précédée de symptômes de rétention menstruelle, et alors, a une période de règles, plus ou moins éloignée, apparaîtront les signes d'une péritonite: tantôt dans le cours d'une maladie hémorrhagipare ou pendant l'écoulement d'une métrorrhagie, les mêmes symptômes apparaîtront et l'hématocèle se constituera; tantôt enfin, et, d'après les auteurs les plus récents, ce serait le cas le plus fréquent, les signes évidents d'une pelvi-péritonite subaiguë commenceront le tableau morbide, pour être remplacés tout à coup par les symptômes de la tumeur sanguine.

(1) Article Hématocèle. Diction de méd. et chir. pratiques.

II

Par suite de la variété de ces modes de début ne se trouve exclue aucune des EXPLICATIONS PATHOGÉNIQUES proposées successivement, que nous rappelons pour mémoire, et qui sont réductibles à huit C'en est déjà assez pour qu'il soit difficile de les graver dans sa mémoire.

1. Rupture du plexus utéro-ovarien, préalablement variqueux ou non, (Ollivier d'Angers, Richet).

2. Rupture et apoplexie de l'ovaire; — chute de sang dans la cavité péritonéale, parce que le pavillon de la trompe ne vient pas coiffer exactement l'ovaire au moment de la chute de la vésicule de Graef (Laugier, Nélaton); ponte extra-utérine fécondée ou non — (Gallard).

3. Rupture de la trompe.

4. Rupture de grossesse extra-utérine, (Goupil, Huguier).

5. Hémorrhagie tubaire, (Puech); hématocèle cataméniale de Trousseau).

6. Reflux du sang de l'utérus dans la cavité péritonéale par l'intermédiaire des trompes, soit qu'il y ait en même temps écoulement de sang au dehors (métrorrhagie), soit qu'il y ait aménorrhée par obstacle à l'écoulement du sang menstruel, (atrésie ou contracture du col; Bernutz.)

7. Exhalaison aiguë du péritoine, (Voisin).

8. Rupture des vaisseaux sanguins occupant l'épaisseur des fausses membranes formées par d'anciennes pelvi-péritonites, (Ferber, Wirchow).

Quelle que soit la cause qui ait donné lieu à l'hémorrhagie intra-péritonéale, la présence du sang dans le péritoine est attestée par l'autopsie.

Dans les cas où l'hémorrhagie a tué la malade d'une façon presque foudroyante, — en une demi-heure par exemple, ce qui est très exceptionnel, — on trouve des caillots remplissant la cavité pelvienne et l'abdomen.

Après une survie de douze, quinze, quarante-huit heures et même trois jours, on trouve, outre les caillots accumulés surtout dans le petit bassin, une quantité plus ou moins grande de sérosité sanguinolente, mais le péritoine ne présente aucune trace de réaction inflammatoire.

C'est à partir du troisième jour que l'enkystement du sang épanché commence, c'est alors qu'un travail inflammatoire limité de la séreuse péritonéale donne naissance à des fausses membranes destinées à isoler du reste de l'abdomen les caillots contenus dans le petit bassin.

Une condition paraît nécessaire pour que l'enkystement se produise, c'est l'existence d'altérations antérieures du péritoine ayant modifié dans

une certaine mesure la structure et les propriétés physiologiques de cette séreuse. Car, d'une part, les observations de Spencer Wells (1) attestent qu'une certaine quantité de sang qui s'écoule pendant les ovariotomies dans la cavité péritonéale est, dans presque tous les cas, résorbée; d'autre part, les recherches expérimentales d'Arloing et Tripier, et Poncet (2) ont démontré que, chez des animaux, du sang injecté dans un péritoine sain se résorbe.

Lorsque l'hématocèle reconnaît pour mécanisme la rupture des vaisseaux de néo-membranes péritonitiques, l'enkystement était préparé d'avance, pour ainsi dire, puisque la cavité pelvienne était déjà cloisonnée en un certain nombre de loges; c'est dans des cas de ce genre qu'on a vu l'hématocèle siéger par exception en avant de l'utérus, soit qu'elle fût consécutive à une pelvi-péritonite anté-utérine, soit que l'utérus fût maintenu en rétroversion par des adhérences péritonéales antérieures.

Mais l'hématocèle *anté-utérine* est rare, et, en règle générale on trouve l'hématocèle enkystée en arrière de l'utérus (*rétro-utérine*) dans une cavité à six parois ainsi constituées :

Une paroi inférieure formée par le cul-de-sac péritonéal recto-utérin; — une paroi postérieure formée par le péritoine qui tapisse la face antérieure du rectum, de l'S iliaque et les parois postérieures du bassin; — une paroi antérieure formée par le péritoine qui tapisse la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges; — deux parois latérales formées par le péritoine qui recouvre les parties latérales du petit bassin. (Tous ces points de la séreuse peuvent être tapissés de fausses membranes). Enfin la paroi supérieure représente, suivant l'expression de M. Bernutz, une sorte de diaphragme pathologique; car elle est constituée par le grand épiploon, les anses de l'intestin grêle, l'S iliaque réunis entre eux et rattachés aux parois du bassin par des adhérences péritonéales.

Cette cloison supérieure se produit nécessairement d'une manière inégale et irrégulière; ainsi s'expliquent plusieurs formes différentes que révèle l'examen clinique de la tumeur par le palper abdominal.

Les fausses membranes qui tapissent les parois de ce kyste, d'abord molles et friables, acquièrent avec le temps une épaisseur et une consistance de plus en plus grandes. Le sang contenu présente aussi des altérations variables; les caillots deviennent noirâtres, poisseux, semblables à de la gelée de groseille ou à de la mélasse; la sérosité d'abord fluide qui surnageait, prend une consistance huileuse.

Quelques détails anatomo-pathologiques doivent encore être indiqués. Quand l'hématocèle s'est terminée par *rupture* dans la grande cavité péritonéale, on trouve sur la paroi supérieure du kyste une ouverture plus ou moins déchiquetée qui laisse échapper de la sérosité sanguinolente et des caillots ramollis. — Si elle s'est ouverte spontanément dans le vagin ou l'intestin, on trouve les caillots ramollis, fétides, sanieux, mélangés à du pus de mauvaise nature, à des gaz ou à des matières.

Enfin le kyste peut communiquer avec des poches péritonéales purulentes, avec des abcès siégeant dans le tissu cellulaire sous péritonéal ou des parties molles avoisinantes.

(1) Gazette des hôpitaux, 1864.

(2) Thèse d'agrégation. 1878.

III

Nous ne pouvions nous dispenser de donner ces détails anatomo-pathologiques; il est nécessaire de les connaître, puisque c'est à leur existence que sont subordonnés les signes physiques que nous allons étudier tout à l'heure.

La SYMPTOMATOLOGIE de l'hématocèle utérine constituée, comprend des troubles fonctionnels des organes du bassin, des troubles généraux et des troubles physiques.

Les premiers sont relatifs à l'excrétion des urines et des matières fécales. Tantôt une *difficulté très grande pour uriner* pouvant aller jusqu'à la rétention; tantôt un *besoin incessant d'uriner*, des mictions douloureuses, véritable ténesme vésical qui s'accompagne d'une recrudescence des douleurs abdominales. La *constipation* est la règle par compression du rectum et par péritonite partielle.

Les seconds sont une *fièvre* assez intense, de l'inappétence, des *nausées et même des vomissements*; un facies grippé et surtout d'une *pâleur* d'autant plus frappante que le pouls est fréquent et la température élevée. Le ventre est *douloureux*, plus ou moins ballonné. Les malades accusent une tension dans le bas-ventre : il leur semble que quelque chose de gros va s'échapper par la vulve.

Les signes physiques sont constatables par la palpation, le toucher vaginal et rectal; la percussion est d'un faible secours parce qu'elle ravive à un haut degré les douleurs.

On reconnaît, en palpant l'abdomen, une *tumeur* variable comme forme et comme volume, remontant parfois jusqu'à l'ombilic. Sa forme peut être trilobée, en feuille de trèfle, deux portions latérales s'étalant dans les fosses iliaques et reliées entre elles par une partie médiane moins renflée qui correspond à la région de l'ombilic. Elle peut n'être que bilobée, en forme de cœur de carte à jouer. Elle peut n'être composée que d'un lobe, médian ou unilatéral. Ces détails de configuration ne peuvent être perçus que dans les cas où la douleur n'est pas trop violente pour interdire même la palpation.

Cette tumeur se continue avec le petit bassin et s'enclave dans le détroit supérieur, elle est indépendante des parois abdominales qui glissent sur elle; elle est ordinairement, sinon fluctuante, du moins molle.

Le toucher vaginal fait reconnaître à 4, 5 ou 6 centimètres de l'orifice vulvaire une tumeur presque toujours située dans le cul-de-sac postérieur,

aplatissant d'arrière en avant le canal vaginal et rendant quelquefois difficile le passage du doigt entre elle et la symphyse pubienne. Le plus souvent, l'utérus est remonté et appliqué contre le pubis au-dessus duquel il forme une petite tumeur saillante à l'hypogastre; dans d'autres cas, quoique toujours appliqué contre la symphyse, il est abaissé. On le reconnaît à sa consistance plus grande que celle de la tumeur dont on sent qu'il est séparé par un sillon assez profond. Si la tumeur s'est développée unilatéralement, elle peut ne faire saillie que sur un des côtés du col et avoir refoulé celui-ci du côté opposé, tandis que le corps de l'utérus est attiré vers elle.

Le toucher rectal permet de compléter les données acquises par le toucher vaginal et la palpation, en faisant explorer la région osseuse postérieure du bassin; il facilite ausssi la perception de la fluctuation, si on le combine au toucher vaginal, le pouce étant introduit dans le vagin et l'index dans le rectum (Bourdon).

Dans le plus grand nombre des cas, quelques jours après l'apparition de la tumeur, les douleurs diminuent, les vomissements ou nausées disparaissent, les symptômes fébriles s'atténuent parallèlement, et l'appétit renait un peu. La tumeur change peu; elle tend cependant à diminuer légèrement de volume.

Cette PÉRIODE D'ACCALMIE relative, dure ordinairement jusqu'à l'époque menstruelle suivante. Alors surviendra une recrudescence ; mais les choses ne se passeront pas de même, suivant que l'hématocèle devra se terminer par résorption rapide ou passage à l'état chronique.

IV

La TERMINAISON PAR RÉSORPTION RAPIDE suit la marche habituelle que voici. Au moment de l'époque menstruelle, quelques nausées, quelques douleurs abdominales, légère augmentation de volume de la tumeur. Les règles terminées, la tumeur recommence à diminuer, mais surtout sa consistance est accrue; elle est devenue indurée par place, tandis qu'elle est restée fluctuante en d'autres points, ainsi que la palpation et le toucher vaginal permettent de s'en convaincre. La diminution de volume continue pendant tout le mois, et simultanément s'amendent les symptômes de compression du rectum et de la vessie. Deuxième époque menstruelle, nouvelle recrudescence, très atténuée cette fois, suivie d'une nouvelle diminution, plus rapide alors, des symptômes fonctionnels et des signes de la tumeur, qui est complètement indurée. A la troisième époque tout peut être rentré dans l'ordre, et on peut n'avoir plus à constater qu'une très légère induration dans le cul du sac postérieur. L'appétit et les forces sont revenues, et la guérison est effectuée.

La terminaison par PASSAGE A L'ÉTAT CHRONIQUE est annoncée par une amélioration beaucoup plus lente; l'aménorrhée existe pendant deux ou trois mois, et les symptômes de diminution de la tumeur ne commencent à s'accentuer que quand l'écoulement menstruel s'est établi. Les forces naturellement ne se réparent pas aussi vite. On peut voir apparaître de l'entérite glaireuse dysentériforme (selles fréquentes, petites, douloureuses, ténesme rectal et coliques).

Lorsqu'on voit, chez une malade atteinte d'hématocèle, la deuxième et la troisième époques menstruelles se passer sans avoir amené d'amélioration notable, le pronostic doit être réservé; car c'est dans ces formes à marche chronique que se voient le plus souvent les terminaisons les plus graves dont il nous reste à parler.

La terminaison PAR RUPTURE s'annonce par une tension extrême de la tumeur, se produisant au moment d'une époque menstruelle. C'est ainsi qu'on peut voir en cinq jours une tumeur à peine appréciable au dessus du pubis prendre le développement d'un utérus de quatre mois. La ponction de la tumeur peut seule alors parer à la rupture dans le péritoine. Celle-ci est caractérisée par tous les signes de la péritonite suraiguë : ballonnement généralisé, douleurs d'une intensité à rendre tout attouchement insupportable, vomissements incoercibles, porracés; fièvre vive, pouls fréquent, serré, misérable ; collapsus mortel.

La terminaison PAR OUVERTURE SPONTANÉE se fait en général à une période éloignée du début. C'est d'habitude dans l'intestin, assez souvent dans le vagin, et quelquefois par ces deux voies simultanément que s'opère l'issue de sang noir, liquide, poisseux, de caillots désagrégés. Cette perforation des conduits naturels par le contenu de la tumeur a été annoncée par une augmentation de volume et une diminution de consistance de la tumeur, par la réapparition de signes de compression des organes du bassin, par une fièvre continue ou vespérale avec transpiration nocturne. Si les malades doivent guérir après l'évacuation du contenu de l'hématocèle, la tumeur s'affaisse, l'écoulement se tarit et les forces reviennent.

Sinon, après une amélioration momentanée, la tumeur devient de nouveau volumineuse et tendue; l'écoulemement, sanieux et fétide ; la fièvre prend le caractère hectique et la malade peut mourir. Mais cette terminaison est rare, à la suite de l'ouverture par le vagin.

L'intervention chirurgicale, c'est-à-dire la ponction par le vagin, peut être suivie des mêmes accidents de résorption putride ou de suppuration du kyste. Aussi ne doit-elle être considérée que comme une suprême ressource destinée à empêcher une rupture imminente dans le péritoine.

V

Le diagnostic différentiel de l'hématocèle doit être établi avec les grossesses simple et extra-utérine, l'hématocèle extra-péritonéale ou thrombus, les phlegmons du ligament large, les pelvipéritonites, les kystes de l'ovaire, les kystes hydatiques du bassin, la rétention menstruelle, les corps fibreux et les cancers de l'utérus.

On doit encore s'efforcer de déterminer le *diagnostic de la variété* de l'hématocèle, c'est-à-

dire, de la cause pathogéniqne. On y arrivera en se souvenant qu'il existe en deux grandes classes, les hématocèles à début dramatique, les hématocèles à début lent.

Les premières sont les plus rares, et pourtant c'est à elles que s'appliquent presque exclusivement les descriptions de nos livres classiques. Elles comprennent une période où dominent les signes d'hémorrhagie interne. (Douleur aiguë précédée d'une sensation de déchirement, puis frissonnements, éblouissements, bourdonnements d'oreille, vertiges, état syncopal, pâleur de la face), puis une période de péritonite qui lui succède.

En présence d'une HÉMATOCÈLE A DÉBUT RAPIDE, il faut examiner les trois cas suivants :

A. DÉBUT BRUSQUE SURVENU EN PLEINE SANTÉ : — L'hémorrhagie ne peut alors provenir que d'une *rupture des veines utéro-ovariennes, de l'ovaire, de la trompe en état de vacuité, d'une exhalaison sanguine aiguë du péritoine.*

B DÉBUT BRUSQUE CONSÉCUTIF A DES SYMPTOMES DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, (développement des seins, symptômes nerveux, troubles digestifs, etc).

C. DÉBUT BRUSQUE SURVENANT PENDANT UNE MÉTRORRHAGIE : *hémorrhagie tubaire* ou utéro-tubaire avec reflux du sang.

En présence D'HÉMATOCÈLES A DÉBUT LENT, il n'y a à envisager que deux ordres de faits, mais bien différents.

A. Tantôt les symptômes qui ont précédé l'hématocèle ont été l'aménorrhée, la dysménorrhée ; puis s'est formée une tumeur causée par la distension de l'utérus et des trompes par le sang menstruel ; il doit s'agir alors d'une hématocèle *par re flux sanguin consécutif à la retention.*

B. Tantôt la malade a eu des pelvi-péritonites répétées ; puis des symptômes de pelvi-peritonite subaiguë pendant 15 jours à 2 mois ; enfin, presque subitement, en quelques heures, apparait la tumeur sanguine. On doit diagnostiquer l'hématocèle *par rupture des vaisseaux de nouvelle formation* contenus dans les fausses membranes d'anciennes pelvi-péritonites.

VI

Quel doit être le TRAITEMENT de l'hématocèle.

I. Si on est appelé au début des accidents caractérisés par des symptômes d'hémorrhagie interne, on doit prescrire : repos aussi absolu que possible dans le décubitus dorsal ; opium par pilules de 0,01 centigr. administrées toutes les heures pendant dix heures, ou injections de morphine ; glace sur le ventre ; ergotine, potion de Todd froide, champagne frappé.

II. Lorsque l'hématocèle est constituée, évacuer la vessie et le rectum, — faire sur l'abdomen des applications de pommade mercurielle belladonée, de vésicatoires volants.

Lorsqu'apparaissent aux époques menstruelles suivantes les signes de gonflement de la tumeur, M. Bernutz a conseillé de faire une application de quelques sangsues dans les profondeurs du vagin aux environ du col.

Si la tension de la tumeur est telle qu'on redoute la rupture dans le péritoine, mais seulement alors, on se borne à la ponction avec un trocart pratiquée dans le vagin au point le plus fluctuant, la femme étant placée dans la position obstétricale.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DE DROIT

Son but, sa possibilité et son fonctionnement.

Dans les articles précédents (1), nous avons montré que nous serions toujours 230 adhérents à la caisse des pensions de droit, et que la léthalité spéciale aux médecins n'était pas un obstacle à la constitution d'une Caisse de pensions de droit ; nous avons prouvé que les bénéfices réalisés par les Compagnies venaient, avant tout, des marges qu'elles ajoutent aux tables de mortalité connues, et que l'élévation du tarif qui en est la conséquence suffit à assurer le succès de toute caisse adoptant ces tarifs, et ne faisant rapporter à ses capitaux que le taux très ordinaire de 3 1/2 0/0.

Les observations qu'on avait faites au sujet du taux de l'intérêt sont dès lors réfutées.

Quelle valeur peuvent avoir, en effet, des objections tirées de l'intérêt spécialement élevé que les Grandes Compagnies tirent de leurs capitaux, quand il est prouvé qu'avec un taux de 3,5 0/0 une caisse de pensions de droit peut vivre et prospérer ?

Cependant il nous a paru bon d'aller au delà et de voir si une institution de ce genre ne pourrait pas trouver un taux supérieur à 3,5.

C'est ici qu'il convient d'examiner le fonctionnement de la Caisse des retraites pour la vieillesse, fondée et dirigée par l'État.

En voici les dispositions principales :

Les versements, y est-il dit, peuvent être faits par des intermédiaires.

On peut y déposer le capital suffisant pour assurer une pension viagère de 1500 fr.

Les capitaux sont aliénés ou réservés. Tout capital réservé peut être abandonné ultérieurement en vue d'augmenter la rente primitive La jouissance de la rente peut être ramenée au dessous de 50 ans en cas de blessures graves ou d'infirmités prématurées régulièrement constatées.

Les rentes peuvent être déclarées incessibles et insaisissables en totalité par le donateur du capital.

Le montant de la rente viagère est calculé en tenant compte de l'intérêt composé des capitaux à 5 0/0.

Ainsi donc les capitaux de la caisse peuvent rapporter 5 0/0, s'ils sont déposés à la caisse des retraites de la vieillesse, au nom des futurs titulaires de rentes viagères, par la caisse elle-même.

(1) V. *Concours médical*, 1883, nos 21-22-29-30.

Voilà donc réduit à néant la difficulté de faire des placements avantageux.

Mais quelle raison d'exister pourrait avoir une caisse qui ne ferait que ce que fait déjà la caisse de retraites de la vieillesse ? A quoi bon une caisse de pensions mutuelles, où les primes seront forcément plus chères qu'à cette dernière caisse? Ne vaut-il pas mieux tout de suite laisser les grandes Compagnies s'adresser à la caisse de l'État et ne pas s'embarrasser d'une institution nouvelle, dont l'avenir n'est rien moins qu'assuré ?

N'allons pas si vite ; tirons nos conclusions au fur et à mesure q 'elles se présentent, les petites d'abord, si vous le voulez bien, et réservons la grosse question que vous soulevez pour la fin.

Ainsi, il est admis qu'une institution de prévoyance quelconque, peut se mettre en lieu et place de chacun de ses membres pour les versements tendant à leur faire obtenir une retraite. Cela donnerait-il de la sécurité aux intérêts confiés à la Caisse ? Assurément.

Les pensions viagères payées aux adhérents pourraient être incessibles et insaisissables, la Caisse le stipulant lors des versements affectés à chacun de ses affiliés.

Est-ce un avantage sur les pensions viagères servies par les Compagnies ? Un très grand avantage.

Elles pourraient atteindre 1,500 fr. Est-ce bien là un chiffre aussi élevé que les adhérents peuvent le souhaiter d'ici longtemps? Sans aucun doute. Des pensions pourraient être payées proportionnellement au capital versé dans le cas spécial de blessures graves ou d'infirmités prématurées. N'est-ce pas heureux ? Enfin, dans aucun cas, l'interruption des versements n'entraîne de déchéance. Tous ces avantages sont évidents, ils sont de première importance, n'est-ce pas ? Hé bien ! ils ne sont rien par rapport à l'abaissement des tarifs qui sont proposés aux rentiers viagers par la Caisse des retraites de la Vieillesse.

C'est sur ce point que nous attirons l'attention de nos confrères, parce que, tout en montrant la possibilité de créer une Caisse de pensions de droit, il ouvre une perspective nouvelle sur l'avenir de l'institution.

Prenons le cas d'un médecin de trente ans qui veut obtenir à soixante ans une pension viagère de 1,000 fr. : s'il s'adresse à l'*Union*, il devra payer annuellement 146 fr. 4, (capital aliéné) ; — s'il s'adresse à la Caisse des retraites pour la Vieillesse, il ne paiera plus que 101 fr., 5. D'où une perte de 45 fr. qui sera renouvelée trente fois de suite, s'il s'adresse à la Compagnie l'*Union* sans parler des intérets cumulés d'année en année.

Assurément, des pertes qui se chiffrent par une somme semblable valent qu'on s'en préoccupe. Nous avons voulu, nous rendre un compte exact des choses, et nous sommes arrivés à ce résultat qu'à trente ans, les pertes sont de 30/100 du capital suffisant à assurer la même rente à la Caisse de l'Etat, qu'à quarante ans elles sont de 22/100 et qu'à cinquante ans elles soit encore de 18/200, et comme les pensionnaires viagers ne s'adressent guère à l'institution qu'entre trente et quarante ans, on voit que les pertes consenties et subies, sont en moyenne de 26/100, en un mot, qu'elles ne sont pas inférieures au quart des sommes versées !

Tel est le bilan des pertes consenties par tout confrère qui traite avec la Compagnie l'*Union*, et il faut bien le dire avec toutes les autres Compagnies, car tous leurs tarifs sont équivalents.

Devant une situation semblable, vieille de longtemps, nous sommes véritablement étonné qu'on ait toujours fait appel à la défiance pour dissuader de toute tentative dans cette voie. Rien que par la comparaison des tarifs des Grandes Compagnies d'assurances et de la Caisse des retraites pour la Vieillesse, on pouvait conclure à la possibilité d'une Caisse de pensions de droit fondée sur la mutualité.

Oui, une caisse de pension médicales de droit est possible, et elle vivra, quand on viendra demander aux adhérents les mêmes prix que les grandes compagnies d'assurance, verser à la caisse des retraites de la Vieillesse ; la somme nécessaire et suffisante pour assurer la pension promise, car on pourra, à tout coup, retenir au bénéfice de l'assistance professionnelle, ce surplus dont nous avons évalué la moyenne à 26 0/0.

En opérant dans ces conditions, nous avons la certitude qu'on arriverait à constituer rapidement un capital social considérable, dont l'emploi serait toujours facile, qu'il servit à assurer une *pension complémentaire de droit*; *ou des pensions de secours*, ou *prêts d'honneur* destinés au paiement des primes annuelles.

On ne recueillerait pas, il est vrai, tous les bénéfices que réalisent les grandes compagnies d'assurances, parce qu'elles tirent un taux plus élevé de leurs capitaux et qu'elles rachètent un certain nombre de polices, ce qu'une caisse professionnelle s'interdirait. Mais, encore une fois, que nous importent les bénéfices réalisés par les compagnies d'assurances, puisque nous ne sommes pas et n'avons probablement aucune chance de devenir leurs actionnaires?

Faut-il maintenant examiner ce que vaut l'argument de M. Gallard, à savoir que « la gestion d'une semblable association serait coûteuse, sinon impossible. »

Si une semblable association existait, ayant en main les engagements signés par ses adhérents de satisfaire au paiement régulier des primes consenties, il est probable, sinon certain, que les recouvrements se feraient par la poste, ce système étant employé aujourd'hui avec avantage dans toutes les associations locales des médecins de France.

La caisse ferait ainsi recouvrer, au vu de la signature du trésorier, à des époques déterminées d'avance, connues de l'adhérent, et sous la condition d'un surplus fixé par chaque semaine de retard, les primes établies au tarif accepté en séance, tous les 4 ou 5 ans.

Il serait naturel de laisser les frais de perception à la charge de l'adhérent, mais en supposant même que la caisse voulut en prendre la dépense, avec le système des versement semestriels, ce ne

serait encore pour 230 adhérents qu'une dépense annuelle de 600 francs environ.

Le loyer étant fourni par l'administration du *Concours medical*, on n'aurait pas à compter avec les frais d'installation pas plus qu'avec ceux de chau age et d'éclairage D'un autre côté, on a fait observer qu'une semblable institution, n'ayant pas pour but l'obtention de dividendes considérables, n'avait pas besoin du concours très onéreux de la publicité, et que c'était une grande économie réalisée sur la gestion des Compagnies d'assurances.

Il faudrait, il est vrai, un comptable adjoint au trésorier, des registres, des frais de correspondance, d'impression de polices, et de circulaires. Si on ajoute au budget pour parer à ces obligations une somme de 1400 fr., nous ne croirons pas avoir été trop parcimonieux.

Ce serait donc une somme nette de 2000 fr. qu'il faudrait inscrire annuellement au passif de la caisse.

Mais si nous comptons nos dépenses, il est indispensable de supputer nos bénéfices. En se plaçant toujours dans l'hypothèse de l'adhésion de 230 confrères aux idées que nous préconisons, en offrant aux adhérents la perspective de la pension viagère de 1000 fr. à 60 ans, et dans la condition la plus défavorable pour les en caissements annuels, puisque les 230 adhérents, n'ayant que 30 ans, ne paieraient que des primes relativement inférieures, il ne rentrerait pas moins de 33.000 fr. et la réserve constituée serait de 10,000 fr. par an ; déduction faite des frais d'exploitation ou de gestion, il resterait encore 8000 fr. de bénéfices.

Avec 230 adhérents de 40 ans, les versements annuels seraient de 68,000 fr., la réserve annuelle monterait à 15,000 fr. et le bénéfice annuel serait de 13,000 fr.

Pense-t-on enfin que ce seraient là les seules ressources de la caisse, et peut-on croire que les donataires manqueraient à une œuvre d'intérêt professionnel aussi importante ?

Ce n'est donc pas l'argument de M. Gallard qui peut suffire à renverser un projet fondé sur les seules différences de tarifs que nous avons signalées.

Autres obstacles : Le maniement de capitaux considérables ne sera-t-il pas difficile pour ne pas dire impossible ?

De quel maniement de capitaux veut-on parler? Est-ce des placements et déplacements successifs des fonds communs à des taux journaliers et toujours supérieurs ? Mais il n'est permis à aucune société de prévoyance de faire de la spéculation et les membres de l'Association générale savent bien qu'il est facile de s'assurer chaque année de la réalité de la fortune commune, et de la sûreté de son placement, d'après les titres de dépôt qui sont dans les mains du trésorier.

La sécurité des capitaux n'est pas moindre entre les mains de M. Brun, dépositaire désintéressé, qu'entre les mains d'un caissier à gages.

Si on veut dire, comme on l'a fait, lors de la fondation de la caisse des pensions belges, que la propriété commune peut disparaître des mains du trésorier, nous avouons que, dans toute Société de prévoyance, il faut compter avec cet aléa. Mais nous ferons remarquer que dans aucune association d'un caractère aussi élevé, on n'a vu le membre que les sociétaires ont commis à la garde du trésor, manquer à ses devoirs et déserter le poste d'honneur qui lui a été confié. Il y a heureusement, pour la consolation de ceux que le Dr Coriveaud appelle « *trop honnêtes* » et qui ne sont pas arrivés ou n'arriveront jamais à la fortune, des existences passées tout entières dans la plus pure honorabilité et dans le dévouement le plus entier aux intérêts de la profession médicale, et le jour où les adhérents de la caisse des pensions auront à confier leur fortune à un de leurs confrères, ils ne seront pas embarrassés, nous en sommes sûrs, pour trouver un trésorier dont la responsabilité matérielle, non moins que l'honorabilité acquise, seront reconnues et à l'abri de tout soupçon injurieux.

Qant à la solidité d'une semblable institution, elle est hors de toute contestation, et ce ne sont pas les capitaux considérables, sur lesquels roulent de grandes compagnies, qui peuvent garantir un avenir plus sûr aux intérets de leurs clients. Tous les économistes considèrent les résulats donnés par la mutualité comme supérieurs à ceux fournis par les associations de capitaux; et pour ne citer qu'un auteur, nous rappellerons les termes de la lettre où M. Bertillon père reprochait aux grandes compagnies d'avoir retardé d'un siècle, en France, l'ère des assurances sur la vie.

« Au fonds, disait-il, toute assurance n'est « solide que par la *Mutualité*; c'est sa vraie « force, quoi qu'on ait essayé de faire croire le « contraire au public, et une fois qu'une assu- « rance a groupé assez d'adhérents, *elle n'a plus « besoin d'autres garanties*; » prétendre doubler cette garantie *si solide et gratuite* par celle de gros capitaux, moins complète et fort onéreuse, c'est faire une opération de dupes, *car il faut alors que les primes soient assez élevées pour, d'une part couvrir les risques,* et de l'autre, payer les intérêts d'un capital de garantie.

Nous arrivons enfin à un dernier point que nous ne voulons pas laisser sans réponse, parce que, si on ne s'en prévaut pas, il faudra nécessairement en tenir compte dans la pratique.

Il est prouvé que les tarifs des grandes compagnies sont usuraires, que ceux de la Caisse des retraites pour la Vieillesse sont aussi bas et aussi rapprochés que possible de la vérité mortuaire, que l'argent qu'on y dépose nous rapporte un intérêt supérieur à tout autre placement, et que la garantie de l'Etat est encore plus sérieuse que celle de capitalistes anonymes. Il faudrait manquer de logique, la chose étant acceptée, pour s'adresser aux grandes compagnies; on n'ira pas leur verser annuellement et pendant trente ans, 45 fr. de plus qu'il ne faut pour s'assurer cette retraite si désirée de 1000 fr. : c'est entendu.

Mais cette somme de 45 fr., pensez-vous que beaucoup de confrères iront, de gaieté de cœur, la verser dans une caisse de pensions, dût-elle plus tard leur servir une légère pension supplémen-

taire, quand ils la trouvent économisée par le plus grand des hasards? Ce serait mal connaître le premier de tous les instincts, celui de la conservation. Et de fait, peut-on exiger qu'étant certain d'obtenir sa pension de 1000 fr.; en allant à la stricte limite de l'économie il songe à faire la charité à ses confrères sur ses privations?

La tentative qu'on fera dans ce sens peut-elle sérieusement réussir? Ne doit-on pas supposer plutôt que les économies du tiers-état médical, iront aux Compagnies ou Institutions d'Etat, qui vendent la pension viagère le moins cher?

D'ailleurs, si tous les médecins qui ont avantage à s'assurer le bénéfice de la retraite, se conformant aux avis multiples qui leur ont été donnés, venaient à traiter isolément dans ce but avec telle ou telle Compagnie, la question d'économie ne disparaît-elle pas derrière le résultat général atteint, et doit-on se préoccuper de diriger sur une Caisse particulière les économies de nos confrères?

Enfin, même au point de vue de l'économie, la Caisse de retraites pour la Vieillesse ne donne-t-elle pas toutes les satisfactions désirables?

Nous sommes loin de méconnaître l'importance de toutes ces considérations. Mais eussent-elles cent fois plus de valeur, nous ne croyons pas qu'on doive s'en préoccuper. En effet, quand même on arriverait à prouver qu'il importe peu de fonder une Caisse de pensions de droit, ce qui n'a pas été tenté sérieusement jusqu'ici, tous les raisonnements allégués ne prévaudront jamais contre la volonté de deux cent trente adhérents, réunis dans l'idée de fonder la Caisse dont il est question. Ce qu'il faut prouver, en un mot, ce n'est pas *qu'on peut se passer* d'une Caisse de pensions de droit, *c'est qu'elle est impossible*; voilà pourquoi deux cent trente confrères convaincus auront raison de quinze mille indifférents.

La *Caisse des pensions de droit* a sa place marquée à côté de la *Caisse des pensions d'assistance* de l'Association générale; elle est possible, elle se fondera, et nous sommes convaincu, quant à nous, que l'époque où elle sera instituée est proche.

Dr L. ORDONNEAU.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la laryngite catarrhale aiguë. (Poyet). — Dans son excellent *Manuel de laryngologie*, M. Poyet conseille le moyen suivant dans le cas de laryngite catarrhale aiguë. Tout d'abord, fumigations et inhalations émollientes faites, autant que possible, avec un pulvérisateur ou fumigateur à vapeur. Puis les gargarismes suivants sont destinés à atténuer la toux et la douleur;

Racine de guimauve........	10 grammes
Tête de pavot...........	N° 1
Eau......................	1 litre

Faire bouillir 15 à 20 minutes, passer sur un linge fin et ajouter:

Chlorhydrate de morphine...	0,25 centig.

Ne pas avaler. — On alterne avec le gargarisme suivant:

Bromure de potassium......	15 grammes
Eau distillée..............	300 —

Ainsi que l'a démontré l'expérience, ce gargarisme insensibilise notamment la muqueuse du pharynx.

VARIÉTÉS

MÉDECINS ET COMPAGNIES D'ASSURANCES.

Cher et honoré Directeur,

Dans une étude que vous avez bien voulu publier (1), il y a quelque temps, j'ai démontré que la situation faite à un médecin traitant un blessé assuré sur les accidents, était compromettante pour sa considération et en contradiction avec ses devoirs professionnels, quand la Compagnie d'Assurance exigeait de lui des renseignements détaillés sur l'état de son client, sans lui donner le mandat d'expert et je citais une résolution du Syndicat de Meurthe-et-Moselle que je proposais à nos confrères comme la seule conduite honorable à suivre en pareil cas.

A ce propos, deux Compagnies étrangères, qui se sentaient atteintes par ces observations, nous ont adressé une réponse.

La première, la Compagnie Suisse de Winterthur, a écrit au Président de notre Syndicat pour nous informer qu'elle refuserait toute indemnité aux assurés qui ne fourniraient pas les renseignements médicaux exigés et dont la charge leur incombait tout entière; et cette lettre se terminait ainsi: « Enfin, je crois devoir ajouter que « ma Société serait heureuse de voir le Syndicat médical admettre la réclamation d'honoraires importants « pour chaque certificat réclamé à ses membres, car elle « n'aurait plus à constater l'envoi de déclarations d'accidents concernant des blessés dont l'incapacité de travail est fort douteuse ou qui ne s'élève qu'à deux, trois « ou quatre jours ». Après cette invitation, qui nous a tous fait bondir d'indignation, on comprendra, j'espère, que je m'abstienne de tout commentaire.

La seconde, la Royale-Belge, a répondu à l'article du *Concours*, sur un ton qui, du moins, permet la discussion; seulement elle a beaucoup gâté cette qualité en *nous sommant par huissier* d'insérer sa longue mission: Insérez la donc, je vous prie, puisque cette Compagnie tient tant à nous montrer comment elle traite les affaires médicales. (2)

« Bruxelles, le 28 juin 1883, M. le docteur H. Pitoy, Nancy. Vous avez cru devoir, dans des articles publiés *dans le Concours médical* (numéros des 17 et 24 mars

(1) V. *Conc. Méd.* 1883, nos 11 et 12.

(2) Nous reproduisons TEXTUELLEMENT la lettre de la *Royale Belge*, telle qu'elle nous est parvenue *par ministère d'huissier*.

mil huit cent quatre-vingt-trois), critiqué le système adopté par la Cie d'Assurances la Royale-Belge, pour le fonctionnement de son service médical. Permettez-nous de repousser ces critiques, par cette raison toute simple, que notre système n'est pas celui que vous nous attribuez. Vous représentez, en effet, la Royale-Belge, comme le désir imposant et ne payant aucun médecin. C'est peut-être le cas de certaines compagnies auxquelles vous faites également illusion, mais tel n'est pas le nôtre. Nous laissons bien nos preneurs d'assurances, c'est-à-dire les industriels contractant libre de faire soigner les assurés (les ouvriers) par le médecin de leur choix, que ces preneurs d'assurances sont chargés de rétribuer eux-mêmes, et leurs tarifs sont calculés en conséquence. Mais lorsqu'il s'agit de constater la nature et la gravité de leurs blessures, ainsi que la durée de l'incapacité de travail qu'elles peuvent entraîner, nous avons adopté depuis longtemps, une manière de posséder contre laquelle, vous ne sauriez élever aucune objection, car c'est justement celle que vous recommandez dans vos conclusions comme le plus propre à sauvegarder à la fois intérêts du preneur d'assurances, de l'assuré et ceux de la compagnie, en les conciliant avec les égards dûs au médecin, surtout en ce qui concerne le respect du secret professionnel. Loin d'exiger du preneur d'assurances comme vous paraissez le craindre qu'il ait à nous produire de la part du médecin traitant des confidences qui pourraient nuire à son client, nous ne lui demandons d'autres renseignements que l'énonciation pure et simple de son diagnostic et la durée de l'incapacité de travail dûe à l'affection présente. Nous pourrons même aller jusqu'à vous avouer que, dans certains cas, nous ne réclamons même pas cette attestation, si sommaire sous forme de réponse au questionnaire dont le modèle suit, et que la déclaration du patron nous suffit (Formule du certificat médical No No Etablissement. d' —

1o Quels sont les noms et prénoms de la victime?

2o Quelle est la date de l'accident? du début de l'incapacité du travail? et l'administration de vos soins?

3o Quelle est la cause de l'accident?

4o Quelle en a été la suite? Quelle suite extérieure visible, avez-vous pu constater?

5o Cette suite est-elle exclusivement produite par la cause ci-dessus signalée? Dans la négative, à quelle autre cause concurrente faut-il attribuer?

6o Quand la reprise du travail a-t-elle été possible?

Ainsi fait à le 18

— Signature du Docteur.

N. B. Les réponses doivent être consignées sur la formule par le médecin lui-même : TOUTE DÉCLARATION sans indication d'origine, ou INCOMPLÈTEMENT REMPLIE EST CONSIDÉRÉE COMME NON AVENUE).

Quand il s'agit d'affaires plus importantes ou qui soulèvent des questions médicales plus compliquées et plus difficiles à résoudre, nous avons, comme vous le conseillez aux autres compagnies de le faire à notre exemple, l'habitude de nous adresser à des médecins choisis par nous « qui agissent alors à titre d'experts, rétribués par la Compagnie. » Nous avons ainsi à notre disposition un personnel médical de choix (il nous suffirait de vous citer quelques noms pour vous en convaincre) et dont le concours est d'autant plus précieux qu'il nous est assuré à des conditions relativement peu onéreuses, car si nous donnons à nos médecins un honoraire convenable, chaque fois que nous avons recours à leurs lumières, nous ne les faisons intervenir que le plus rarement possible. C'est ce qui nous permet de réaliser d'importantes économies. Mais il faut bien que vous le sachiez, M. le docteur, ces économies en profit à nos preneurs d'assurances, plutôt qu'à la compagnie, puisque ce sont elles qui nous permettent d'obtenir ce double résultat :

Diminution des primes payées par le preneur d'assurances,

Elévation des indemnités qui lui sont alloués en cas d'accidents. Il est vrai d'ajouter que sur ces indemnités plus élevées, les preneurs d'assurances doivent prélever les honoraires du médecin traitant et qu'ainsi le corps médical pris dans sa masse n'y perd rien, mais chacun y gagne une liberté d'action qui n'est pas à dédaigner et qui constitue un des éléments les plus essentiels de la considération dont il importe que le médecin soit toujours entourée.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de notre considération distieguée.

L'Aministrateur,	*Le Directeur,*
Signé :	*Signé :*
BAEYENS.	H. ADAN.

Pourquoi faut-il que de si beaux sentiments à l'égard du Corps médical soient en si profond désaccord avec la réalité des faits, et que cette lettre ne soit autre chose qu'une contre-vérité habilement masquée par des équivoques?

Oui, il est très vrai que toutes les Compagnies, sans exception, quand il s'agit de se décider sur une grosse indemnité ou sur les chances d'un procès, font examiner par un *second* et *nouvel* expert la blessure *ou* infirmité en discussion. Mais, il y en a toujours eu un premier, qui est la règle, le second restant l'exception, et c'est le premier expert, le seul qui nous intéresse, que la Royale-Belge, comme sa sœur, la Compagnie Suisse, met dans une situation fausse à laquelle il a le devoir de se soustraire. Voilà la première équivoque.

La seconde est la confusion des mots : certificats, expertises ; confusion dont le résultat est de diminuer le rôle du médecin que la Compagnie refuse de reconnaître comme son mandataire. Il faut préciser nettement pour bien comprendre ce point.

Un certificat est l'énonciation pure et simple d'un fait; ex : M. X. a été atteint d'une plaie contuse qui a guéri dans l'espace de deux mois.

Un expertise commence dès qu'on ajoute à l'énoncé du fait une appréciation, un jugement, un raisonnement quelconque dont on peut tirer une conséquence. Ex : La plaie contuse de M. X. aurait guéri en quinze jours, s'il n'eût été diabétique. Les dimensions du rapport ne changent en rien son caractère, et la responsabilité de l'expert est aussi complètement engagée par un oui ou un non, après une question que s'il s'agissait d'un rapport en plusieurs volumes.

Nous lisons dans les contrats de cette Compagnie; le preneur d'Assurance doit produire : « Art. 15...... en « cas d'accident grave,... un certificat de médecin constatant la cause directe et exclusive de l'accident, les « suites probables et l'état de la victime au moment de « l'accident. Enfin, en cas d'accident léger, le certificat « médical à joindre à la déclaration d'accident doit être

» produit lors de la possibilité de la reprise du travail... « etc... » et plus loin, « le défaut de production du cer- « tificat médical prévu à l'Art. 15 et dans les délais sti- « pulés au même article, entraîne de plein droit la perte « de tout droit à l'indemnité ». Donc, la Compagnie se donne le droit de refuser d'indemniser tout blessé assuré dont le médecin traitant, soucieux de son devoir professionnel, aura refusé de signer le soi-disant certificat dont la formule exigible renferme six questions parmi lesquelles : 2° Date de l'administration des soins? 3° Quelle a été la cause de l'accident? 4° Quel en a été la suite? 5° *Cette suite est-elle exclusivement produite par la cause ci-dessus signalée?* Dans la négative, à quelle autre cause concurrente faut-il l'attribuer? » Et en note : « les réponses doivent être consignées sur la formule par le médecin lui-même. — TOUTE DÉCLARATION sans indication d'origine ou INCOMPLÈTEMENT REMPLIE EST CONSIDÉRÉE COMME NON AVENUE. » — Il nous importe peu que la Compagnie dispense gracieusement tel ou tel blessé de la production de ce certificat; elle a toujours le droit de l'exiger et cela nous suffit.

Donc, la Royale-Belge rentre complètement dans la catégorie des Compagnies qui ne désignent, n'imposent, ni ne paient le médecin qui doit lui fournir sur son client et au préjudice de celui-ci, tous les renseignements qu'elle veut avoir, et *le système est absolument incompatible avec la dignité professionnelle et le respect du secret médical.* C'est à elle à trouver un système acceptable pour nous, tout en évitant les frais de ces expertises et c'est un problème résolu depuis longtemps par plusieurs Compagnies françaises.

Agréez, etc... Dr PITOY.

Vice-Président du Syndicat de Meurthe-et-Moselle.

NOUVELLES

LE CHOLÉRA. — Au 31 juillet le nombre total des décès constatés officiellement en Egypte était de 11.645, non compris les décès survenus dans les villages où il n'y a pas de médecin. Depuis cette époque, l'épidémie paraît être en décroissance à Damiette, Mansourah, Samanoud et même au Caire; en revanche, elle s'est étendue à Alexandrie, où le nombre des décès quotidiens (13) n'est pas encore très considérable.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le conseil supérieur de l'instruction publique a adopté, dans sa séance du 25 juillet, trois projets de décret relatifs à l'enseignement supérieur.

Le premier fixe le régime d'études des aspirants au titre d'officier de santé : tout candidat, en prenant sa première inscription, doit justifier, à défaut d'un diplôme de bachelier, du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle.

Le second projet de décret concerne les Ecoles de pleine xercice de Médecine et de Pharmacie ; il accorde aux aspirants au doctorat en médecine, élèves de ces Ecoles, le privilège nouveau d'y prendre seize inscriptions.

Un troisième projet de décret réorganise les Ecoles préparatoires de Médecine et de Pharmacie, fixe à 2,500 fr. le traitement des professeurs titulaires, ajoute la physique aux matières de l'enseignement, établit six professeurs suppléants au lieu de quatre, et impose aux villes l'obligation de mettre à la disposition des Ecoles une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs la nomination comme officier d'Académie de M le D.H. Maurel, 9 Boulevard Denain, Paris, membre du CONCOURS MÉDICAL.

Nous lisons dans le N° du 22 juillet du journal d'azebrouk que M. Reumau médecin de Staple a été honoré par M. le Ministre de l'agriculture, d'une médaille d'argent pour son dévouement envers la classe ouvrière et son empressement à propager les idées de la Société protectrice des animaux.

Nous lisons dans le même numéro une incroyable réclame d'un médecin qui parcourt les villes, en guérissant en 24 heures les affections incurables. Il n'y a donc pas de Société médicale dans cette région !

Nous apprenons le mariage de M. Dr Ledée, de Paris, membre du CONCOURS MÉDICAL avec Melle Marguerite Dougé de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret de faire part du décès d'un membre du CONCOURS MEDICAL, M. le Dr Léon Achille, de Contres, Loir-et-Cher.

BIBLIOGRAPHIE

PARIS, LIBRAIRIE DELAHAYE ET LECROSNIER, 2, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

Des indications et des contre-indications des Eaux minérales, de l'hydrothérapie et des bains de mer pendant la grossesse, par le Dr BELUGOU, médecin aux eaux de Lamalou.

Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les Eaux de Cauterets par le Dr DUHOURCAU, de Cauterets.

BERTHIER, LIBRAIRE-ÉDITEUR, 104, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

La circulation du sang, par le Dr RAMON TURRO, traduit de l'espagnol par Jules ROBERT, docteur en médecine de Madrid et Paris.

De la perforation du tympan, de ses cicatrices, — moyens d'y remédier, par le Dr BARATOUX. Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, professeur libre des maladies des oreilles, du nez et du larynx.

Revue sur la ladrerie de l'homme, par le Dr Fr. GUERMONPREZ.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, RUE HAUTEFEUILLE.

Manœuvres de réduction appliquées à un cas de traumatisme du rachis, par le Dr GUERMONPREZ.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
18 Août 1883 — Organe officiel des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — N° 33

SOMMAIRE.

I

ASSEMBLEE GENERALE

DES

Membres du « Concours médical ».

CONVOCATION.

L'Assemblée générale des membres de la Société civile du Concours médical *est fixée au dimanche 19 août, à quatre heures du soir très précises, dans les salons du Grand Véfour, au Palais-Royal.*

A la suite de la réunion, aura lieu, comme d'habitude, un repas dont la cotisation est fixée à dix francs seulement, la Société prenant à sa charge le complément des frais.

Nous recommandons instamment à ceux de nos confrères, qui se proposent d'assister à la réunion et au repas, de nous en donner avis dans le plus bref délai possible, afin que nous puissions, en temps voulu, prendre les mesures nécessaires.

Nous invitons nos confrères à assister à cette Assemblée et à nous permettre ainsi, en venant unir leurs efforts aux nôtres, de mener à bien l'œuvre de revendication professionnelle que nous poursuivons.

La Direction.

BULLETIN

M. *Raoul Guérin*, pharmacien, a analysé les graines du *Lathyrus Cicera*, dont l'usage dans l'alimentation a produit en Kabylie une récente épidémie que M. Proust a nommée lathyrisme. L'auteur a trouvé dans ces graines deux subtances qui lui ont paru être des hydrocarbures dont il se propose d'étudier les propriétés toxiques.

M. le Dr *Aubert*, chirurgien en chef de l'Antiquaille, a étudié, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique, l'influence de la chaleur sur les chancres simples : il conclut de ses recherches que la chaleur est un excellent moyen d'annihiler le virus chancreux et par conséquent de traiter le chancre simple. Pour obtenir ce résultat, il est bon de combiner à la fois l'élévation de la température centrale et de la température locale. M. Aubert conseille donc l'emploi du bain de siège chaud, ou mieux encore, du demi-bain entre 40 et 42 degrés, qui peut être supporté des heures entières et élève suffisamment la température centrale, tout en augmentant la chaleur périphérique des régions immergées. On peut ainsi détruire, en un temps très court, et peut-être du jou au lendemain, la virulence des surfaces chancreuses... C'est, dit l'auteur, le meilleur traitement du phagédénisme et de ces interminables] chancres

sous-phimosiques que les pansements ne peuvent atteindre. C'est le moyen de transformer, avant l'ouverture, tout bubon chancreux en un bubon simple qui, traité par la ponction unique et très étroite, guérit sans laisser de traces. »

M. *Léon Colin* donne lecture de son rapport sur le service des épidémies en France, pendant l'année 1881. Il signale les ravages produits dans le courant de cette année par la variole, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la diphthérie, etc., il note en même temps les moyens prophylactiques qu'il faudrait employer pour empêcher le retour de ces affections. Enfin il se plaint du nombre très restreint des documents qui parviennent à l'Académie au sujet des épidémies : la faute en doit être attribuée à la mauvaise organisation des différents services de la médecine publique en France.

M. le Président annonce la mort de M. le professeur *Parrot*, qui s'était fait une place si brillante dans l'enseignement et la pratique des maladies des enfants. Tous les praticiens connaissent les études de M. Parrot sur l'athrepsie, sur les rapports du rachitisme et de la syphilis : ce médecin éminent meurt, à la fleur de l'âge, victime de sa trop grande ardeur pour le travail, qui lui a fait négliger les soins que réclamait sa santé délicate.

Dr J. GEOFFROY.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

DE LA PELVI-PÉRITONITE OU PÉRIMÉTRITE

« Affection très-commune et si pénible que, souvent, elle empoisonne pendant de longues années l'existence des malheureuses femmes qui en sont atteintes » — disent avec raison MM. Bernutz et Goupil, dans le remarquable mémoire qu'ils ont consacré, en 1857, à l'étude des phlegmasies circum-utérines (1). Aussi la connaissance de cet état pathologique, des causes qui l'engendrent habituellement, des conséquences si nombreuses qu'il entraîne, et des moyens que la thérapeutique possède pour y porter remède, importe-t-elle extrêmement à tout médecin gynécologiste.

Cette affection a été décrite sous les noms les plus différents par les auteurs qui en ont tracé l'histoire, suivant l'idée qu'ils se sont faite de sa nature : *Engorgement de l'utérus* de Lisfranc; *métro-péritonite* de Chomel; *phlegmon péri-utérin* de Nonat, Valleix et Gallard; *péri-métrite* de Aran et de Guéneau de Mussy; *pelvi-péritonite* de Bernutz, de Siredey et de la plupart des médecins contemporains; cette riche synonymie gravite autour des deux explications pathogéniques suivantes.

L'inflammation dont le point de départ est dans l'utérus et ses annexes a-t-elle son siège dans la couche de tissu cellulaire si mince, si peu importante qui entoure ces organes ? Est-ce un phlegmon en un mot ? Cette opinion ne compte plus aujourd'hui que de bien rares défenseurs.

L'inflammation n'a-t-elle pas plutôt son siège dans le péritoine du petit bassin ? C'est à cette conclusion que la clinique et l'anatomie pathologique conduisent nécessairement, ainsi que l'ont montré notre savant maître, M. Siredey et son collaborateur, M. Danlos (2).

Nous aurons à envisager successivement la pelvi-péritonite aiguë et la forme chronique.

I

La pelvi-péritonite aiguë primitive peut être théoriquement admise ; on peut concevoir, à la rigueur, qu'un traumatisme violent en provoque l'explosion subite. Mais, en pratique, on ne trouve que deux catégories de pelvi-péritonites, celles qui sont consécutives à l'accouchement ou à l'avortement, celles qui succèdent à un trouble quelconque de l'appareil utéro-ovarien en dehors de l'état puerpéral.

Les pelvi-péritonites PUERPÉRALES se divisent elles mêmes en deux variétés, une forme *précoce*, une forme plus *tardive*. Cette division n'est pas arbitraire, elle répond à des faits cliniques bien des fois vérifiés.

On peut dire que plus le début de la pelvi-péritonite est éloigné de l'accouchement, moins grave elle est. Survenant 24, 36, 48 heures après la délivrance, elle est souvent mortelle, toujours très grave. Pourquoi ? — C'est qu'elle est alors souvent une manifestation de la septicémie puerpérale, une localisation sur la séreuse péritonéale du poison qui s'est introduit dans l'organisme ; ce serait, dans cette manière de voir, une pelvi-péritonite infectieuse, entraînant le pronostic assombri de toute infection. Ce qui légitimerait cette conception, c'est qu'on a vu, en certains cas, l'explosion de la phlegmasie précéder même la fin du travail. Début violent, marche rapide et souvent foudroyante, sont les attributs de ces pelvi-péritonites de la première heure.

Douleur vive, spontanée, continue, occupant la région hypogastrique et les fosses iliaques, apparaissant simultanément avec un frisson violent ou peu après lui, douleur si vive, qu'elle a été comparée, non sans raison, au point de côté de la pleurésie (Bernutz), qu'elle arrache des cris à la malade, la tient immobile, pliée en deux, ren-

(1) Recherches cliniques sur les phlegmons péri-utérins, in Archives générales de médecine.

(2) Article Péritonite du Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, 1878.

dant tout contact du ventre et toute exploration impossibles. — Fièvre avec 40° de température et 120 à 140 pulsations, mais d'un pouls misérable, petit, irrégulier, abdominal en un mot; hoquets, nausées et vomissements verts porracés. C'est le tableau d'une péritonite suraiguë, mais qui peut tuer sans être généralisée à toute la cavité séreuse, tant domine l'élément infectieux qui la cause.

Plus tardive au contraire, débutant le quatrième, cinquième, sixième jour, la pelvi-péritonite est habituellement le résultat d'un état inflammatoire de l'utérus, consécutif lui-même au traumatisme obstétrical qu'a souvent aggravé une imprudence de l'accouchée. Dans cette forme, le cortège des symptômes généraux n'a plus les allures bruyantes qui caractérisaient la forme précoce; les signe locaux physiques vont au contraire nous occuper davantage. Au lieu du grand frisson, prologue solennel du drame qui va se dérouler, cri d'alarme de l'économie, disait Bernutz, nous ne constaterons, le plus souvent, que de petits frissonnements, ou simplement l'élévation de la température. Il y a de la douleur, mais bien moins intense: cette douleur peut même ne se montrer que si, cherchant à s'expliquer la fièvre, le médecin explore par la pression l'utérus, surtout au niveau de ses bords latéraux. Le toucher vaginal permet de constater bientôt la formation d'une tumeur occupant un ou plusieurs culs de sac vaginaux, en diminuant la profondeur ou les effaçant tout-à-fait, tumeur assez molle, élastique.

Mais cette forme de pelvi-péritonite, tout en différant de la première considérablement, en ce qu'elle paraît rester à l'état d'affection locale, et ne point entraîner la sidération rapide de l'organisme, n'en présente pas moins un caractère propre à toute péritonite de la puerpéralité, la suppuration presque fatale et rapide. La tumeur, devenue fluctuante, s'ouvrira dans les organes voisins, plus souvent dans le rectum qu'ailleurs heureusement, et le pus évacué, la cicatrisation du foyer pourra être rapide. — Elle entraîne sans doute aussi la chance d'un état hectique, comme il s'en produit trop fréquemment quand un foyer de suppuration viscéral ou splanchnique communique avec l'extérieur.

La période aiguë pourra aussi faire place à un état chronique que nous retrouverons plus loin, à propos de pelvi-péritonites non puerpérales; mais nous insistons sur ce point: pelvi-péritonite pendant la période puerpérale, qu'elle soit septique ou simplement inflammatoire, veut dire, en règle générale, pelvi-péritonite rapidement suppurée.

II

En dehors de l'état puerpéral la pelvi-péritonite aiguë est liée à trois ordres de cause; elle est MENSTRUELLE, BALISTIQUE OU BLENNORRHAGIQUE. Il va de soi que ces trois causes se trouvent assez fréquemment réunies.

La pelvi-péritonite qui survient au moment des règles, peut sans doute avoir été causée occasionnellement par un coït exagéré, brutal et intempestif; mais la vraie variété menstruelle est celle qui dépend directement d'un trouble de la menstruation. Il sera donc très rare, qu'en interrogeant avec soin les malades, on n'arrive pas à apprendre qu'elles présentaient depuis un certain temps, avant l'explosion de la phlegmasie péritonéale, des troubles menstruels: dysménorrhé, emétrorrhagie, etc., ces troubles étant eux-mêmes entretenus par une congestion ovarienne ou utérine, un catarrhe utérin ou toute autre forme de métrite. Tantôt la pelvi-péritonite sera grave, avec symptômes généraux accentués, et une tumeur circum-utérine se formera assez rapidement, pour qu'il soit assez délicat d'en établir le diagnostic différentiel avec une hématocèle, tantôt elle sera bénigne; son début, graduel. Une petite tumeur attestant une poussée inflammatoire modérée, se formera dans un cul de sac; puis, douleurs et symptômes fonctionnels s'atténueront ou disparaîtront jusqu'à une époque menstruelle ultérieure. Nouvelle poussée inflammatoire alors, accroissement de la tumeur, et ainsi de suite, plus ou mois rapidement et d'une façon plus ou moins intense, suivant les précautions prises par la malade au moment de chaque ovulation ou suivant la marche de l'affection utérine ou ovarienne primitive qui joue là véritablement le rôle de l'épine inflammatoire de Van Helmont. C'est à cette forme caractérisée par la fréquence des récidives que les partisans de la nature extra-péritonéale de l'inflammation, donnent le nom de phlegmon utérin à répétition. (Gosselin). C'est la pelvi-péritointe à répétition des autres auteurs; elle aboutit, le plus souvent, à la forme tout à fait chronique.

La pelvi-péritonite aiguë, dite traumatique, balistique ou congressive, est une forme dont la fréquence s'explique par des raisons d'ordre social et passionnel qui ne sauraient nous occuper ici. C'est une de celles auxquelles nous avons le plus souvent affaire à l'hôpital. Elle est, pour certaines femmes presque une maladie professionnelle.

Mais il n'est pas rare non plus de la rencontrer chez de jeunes mariées. Il est certain que le traumatisme causé par un congrès brutal et la disproportion entre les organes génitaux du mari et de la femme ne se produirait pas, si le terrain n'était déjà préparé par un état maladif de l'appareil utéro-ovarien au développement facile de la phlegmasie circum-utérine. Il ne faut pas oublier que le genre de vie déraisonnable auquel sont habituées certaines jeunes filles, (fatigues mondaines, veilles, excitations de tout genre, équitation, etc.) avant leur mariage, détermine chez elle de bonne heure une congestion de l'appareil génital. Survient le mariage, trop souvent suivi du déplorable voyage de noces avec ses déplacements en chemin de fer, en voiture.... Comment s'étonner qu'à la prochaine époque menstruelle éclate une pelvi-péritonite ? Le congrès y aura sans doute été pour quelque chose, mais eut-il suffi à causer tout le mal s'il ne s'était pas accompli dans d'aussi défavorables circonstances ?

La douleur est alors le symptôme premier en date; d'abord sourde, intermitente, elle s'accentue et devient continuelle. Elle est constante pendant toute la période d'acuité. Tantôt elle est limitée à l'une des fosses iliaques, à la région hypogastrique; tantôt elle arradie vers les autres régions de l'abdomen, les lombes, les cuisses. Elle est spontanée, mais la pression, les mouvements, la toux l'exagèrent; aussi les malades s'immobilisent-elles de leur mieux et, instinctivement, adoptent le genre de décubitus le plus propre à mettre leurs muscles abdominaux dans le relâchement.

La fièvre qui peut être annoncée par des frissons, mais non toujours, s'établit avec son cortège habituel de malaises, de céphalalgie, de troubles vaso-moteurs (alternatives de rougeur et de pâleur de la face). Le pouls bat de 100 à 120; la température oscille sans loi régulière de 39 à 41° suivant l'acuité des douleurs et l'étendue du péritoine phlegmasié.

Les vomissements peuvent être rares ou réitérés, d'abord alimentaires, puis muqueux, bilieux enfin.

Le ventre est ballonné, mais le développement de son volume n'est pas nécessairement en rapport avec l'importance de la poussée péritonéale; une tympanite, variable suivant les sujets, limitée à la zône sous-ombilicale ou généralisée, contribue à grossir l'abdomen.

Le palper, trop douloureux au début, ne fournit guère d'indications utiles. Le toucher au contraire va nous offrir de précieuses indications.

L'index, introduit dans le vagin avec les précautions que commande l'état de souffrance du sujet, perçoit de prime abord une chaleur et une hypersécrétion notable, mais il n'éveille de douleur qu'au contact de l'un ou l'autre des culs de sac ou, lorsqu'en cherchant à imprimer un mouvement, il le trouve immobilisé.

L'orifice du museau de tanche n'est plus dans l'axe du vagin; il est tourné tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt à droite ou à gauche, suivant la région qu'occupe la tumeur. La pulpe du doigt qui cherche à en faire le tour, se heurte à une tuméfaction qui peut n'être d'abord qu'un empâtement mollasse, mais dont la consistance s'accroîtra rapidement.

La tumeur qui, ainsi que l'a démontré péremptoirement l'anatomie pathologique, est constituée par les fausses membranes, exsudées dans les culs de sac péritonéaux recto-utérin, ou vésico-utérin, occupe le plus souvent le cul de sac postérieur du col: elle y peut faire une saillie variable, tantôt comparable à une amande, tantôt à un œuf ou même à une orange; tantôt en forme de croissant à extrémités effilées regardant en avant.

Bien distincte de l'utérus, elle en est séparée par un sillon très appréciable, nuance importante au point de vue du diagnostic avec une flexion du corps de l'utérus.

Le doigt perçoit d'ordinaire, dans le cul de sac malade, des *battements des artères vaginales*, qui n'existent pas à l'état normal et qui ont été invoqués comme arguments en faveur de la nature phlegmoneuse de la tumeur, mais qui s'expliquent tout aussi bien, parce que les artères se trouvent placées sur le plan résistant constitué par la tumeur péritonitique.

La tumeur peut occuper tous les culs de sac, elle peut n'entourer le col que d'un demi-anneau.

Le toucher rectal combiné au toucher vaginal, complète les renseignements sur la forme de la tumeur, quand elle siége en arrière du col.

Il faut absolument proscrire, dans la pelvi-péritonite aiguë, l'introduction du spéculum qui, difficile, douloureuse et même dangereuse, est d'ailleurs parfaitement inutile.

Les jours suivants, le palper abdominal, devenu plus tolérable pour la malade au fur et à mesure que la douleur s'est atténuée, permettra de constater, en arrière de la branche horizontale du pubis, qu'elle ne déborde guère de plus d'un ou deux travers de doigt, une tumeur circonscrite, arrondie, ovoïde ou bosselée, et dure. Elle se distingue du plastron induré que détermine dans la même région à peu près le phlegmon du ligament large ou de la fosse iliaque, en ce que toujours un sillon la sépare des bords de l'os iliaque, et que le paroi abdominal glisse au devant d'elle.

Certains troubles fonctionnels dépendent de la localisation de la phlegmasie en avant ou en arrière de l'utérus; ce sont la gêne, la douleur qui accompagnent la miction ou la défécation, mais ils sont toujours moins marqués que dans l'hématocèle.

Bientôt la tumeur va diminuer graduellement et progressivement, si la terminaison doit se faire par résolution comme c'est la règle ordinaire. Une chute presque brusque de la fièvre s'accompagne de la disparition des autres signes fonctionnels et surtout de la douleur. Cette dernière peut être donnée comme le critérium le plus fidèle du mode de terminaison et de la marche de la pelvi-péritonite. Quand toute la douleur spontanée a disparu, quand le toucher vaginal n'en provoque plus qu'une insignifiante, peu importe comme l'a fait remarquer Bernutz, que quelque recrudescence fébrile vespérale se montre; le pronostic demeure bon, et l'on assistera à la régression graduelle de la tumeur, les culs de sac redeviendront de plus en plus libres et souples, à moins que quelque rechute, imputable à l'indocilité de la convalescence, ne vienne entraver la marche favorable. En vingt ou trente jours, tout peut être fini.

Mais il faut bien savoir que les rechutes et les récidives sont fréquentes; la périmétrite chez un grand nombre de femmes, après une ou deux poussées aiguës, s'installe d'une manière chronique. Chaque poussée inflammatoire laisse après elle une nouvelle couche de fausses membranes, multiplie les adhérences entre les organes pelviens, les anses intestinales, et l'utérus finit par être enclavé, immobilisé complètement. Il est fréquent d'ailleurs que la métrite subsiste et entretienne les poussées péritonéales. C'est un point sur lequel nous reviendrons quelque jour.

III

Une autre variété de pelvi-péritonite aiguë est

celle qui survient dans le cours de la blennorrhagie. C'est à propos d'un cas de ce genre que Bernutz a pu faire sa première nécropsie et rectifier les idées admises antérieurement au sujet du siège exact des lésions.

« Dans cette observation, disait-il, nous voyons une malade qui, jusqu'alors avait été exempte de toute espèce de douleurs abdominales, et tout à coup le douzième jour après le début d'une blennorrhagie aiguë, en proie à une affection intra-pelvienne que les symptômes observés pendant la vie d'une part et les lésions cadavériques d'autre part, nous permettent, croyons-nous, de déterminer assez facilement. En effet la maladie dans laquelle l'affection secondaire s'est manifestée, l'extension qu'offrait la blennorrhagie, qui non seulement occupait le vagin et l'utérus, mais même les trompes, dans lesquelles existaient, après la mort des traces irrécusables de l'inflammation blennorrhagique, enfin l'époque à laquelle après des fatigues sont survenues des douleurs abdominales permettent de rapprocher ces accidents de ceux qu'on voit survenir chez l'homme dans de semblables circonstances, et de les attribuer ainsi au développement d'une ovarite... Nous nous croyons d'autant mieux autorisés à rattacher cet accident à une ovarite produite, comme l'orchite, par propagation de l'inflammation des parties externes vers les parties profondes, et venant faire explosion au moment où le pavillon de la trompe a été envahi que nous avons trouvé après la mort, en contact pour ainsi dire immédiat avec l'ovaire gauche, une collection purulente intra-péritonéale qui n'était peut-être elle-même que le résultat du passage dans le péritoine du pus contenu dans la trompe.

« Mais nous devons faire remarquer toute la différence que présente, dans les deux sexes, le cortège symptomatique de ces deux affections analogues, qui s'explique facilement par l'immense étendue qu'offre le péritoine pelvien qui, chez la femme représente la double tunique vaginale de l'homme, mais surtout par le défaut absolu d'indépendance de cette pseudo-tunique vaginale des autres parties du péritoine. Aussi voyons-nous les signes de la vaginalite qui, chez l'homme, constitue l'élément le plus saillant de la symptomatologie de l'orchite, être remplacés chez la femme par les signes irréfragables d'une péritonite partielle. Nous pouvons, en effet, considérer comme symptômes caractéristiques de cette affection à l'état aigu : l'aspect grippé de la figure ; la fièvre ; la douleur subite, intense, localisée dans les fosses iliaques, que la moindre pression et le moindre mouvement exaspèrent cruellement ; enfin la tension et la rétraction de la partie des parois abdominales endolories que notre malade présentait dans les premiers temps. Nous pouvons également considérer la longue persistance de l'état de souffrance générale, mais surtout des douleurs hypogastriques et le retour fréquent de ces douleurs à un état d'acuité momentanée, comme les signes du travail inflammatoire chronique qui avait succédé à la péritonite aiguë, qu'attestaient d'ailleurs après la mort la collection purulente et les adhérences si nombreuses et si bien organisées qu'offrait le péritoine pelvien. »

Nous avons tenu à reproduire en entier ce résumé de l'observation de M. Bernutz à cause de sa valeur historique d'abord ; — car nous croyons à l'utilité de l'exhumation des travaux originaux trop vite oubliés à notre époque de manuels. D'ailleurs elle présente la description complète de la forme qui nous occupe, elle démontre péremptoirement l'existence de cette complication de la blennorrhagie chez la femme et établit ingénieusement le parallèle avec l'orchite ; c'est bien là *l'orchite féminine*.

Nous avons ainsi passé en revue les diverses variétés de la pélvipéritonite aiguë ; dans un prochain article nous étudierons la forme chronique et nous consacrerons au diagnostic différentiel ainsi qu'à la thérapeutique de ces formes, les développements que comporte l'importance du sujet.

(*A suivre*). Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

CAISSE DE PENSIONS DE DROIT.

Monsieur et très honoré confrère,

En lisant ce que vous avez publié sur l'Association des médecins de France, et les *Caisses de retraite* des *médecins Belges*, tous les confrères se diront : c'est vrai, nous devrions bien imiter les médecins Belges. Puis, le lendemain, ce lecteur convaincu n'y pensera plus. Je me permets de juger les autres d'après moi, mais beaucoup me pardonneront, j'en suis sûr, en reconnaissant que je dis vrai. Eh bien, cette fois, je ne veux pas m'en tenir à cette approbation muette, et je viens dire que si cette Caisse se fonde, j'en suis. Que ceux qui pensent comme moi vous le disent aussi, vous nous compterez, et quand notre nombre sera suffisant, quelque confrère, qui a juré de travailler pour le bien commun, se mettra à la tête de cette affaire et la conduira à bonne fin.

Veuillez agréer, etc. Dr F. ROUSSEAU,

(*à Pont-l'Abbé, Finistère*).

Depuis que nous avons reçu votre lettre, cette étude de la Caisse des pensions de retraite s'est poursuivie dans nos colonnes : nous comptons maintenant sur vos observations et votre concours.

ERRATA. — Dans la hâte qui a été mise pour l'insertion des articles de M. Ordonneau, quelques fautes d'impressions n'ont pas été relevées avant le tirage; le lecteur reconnaîtra les plus légères, nous croyons devoir seulement relever les suivantes

— Page 259, colonne 1, ligne 13, *au lieu de:* en élevant le taux des primes annuelles de 12 à 25 et à 50 fr. *lisez:* en acceptant un tarif à primes fixes pour chaque âge.

— Page 344, colonne 2, ligne 26, *au lieu de:* 13, et 13/602, *lisez:* 19, et 19/602.

— Page 353, colonne 2, ligne 35, *au lieu de:* 12,5/1000, *lisez:* 12,5/100.

— Page 352, colonne, ligne 36, *au lieu de:* 15/10, *lisez:* 15/100.

Page 380, colonne 1, ligne 63, *au lieu de:* 18/200, *lisez:* 18/100.

II

CLIENTÈLES MÉDICALES.

Mon excellent confrère de Saint-Calais, le Dr Eltchaninoff m'a dernièrement fait connaître et apprécier les résultats obtenus par votre journal; plusieurs numéros qu'il m'a envoyés m'ont encore mieux convaincu de l'excellence de votre institution.

La plupart des journaux de médecine, et en particulier celui que je lis, quoique fort bien fait au point de vue scientifique, semblent généralement n'avoir été écrits que pour les académiciens et c'est à peine si, de temps en temps, ils consacrent un mince entre-filet aux petites misères qui assaillent le praticien des campagnes, surtout à ses débuts. Pas un chez qui, soit pour trouver un poste convenable, soit dans toute autre occasion difficile, vous puissiez trouver un conseil, encore moins un appui.

Seul votre journal paraît s'être rendu un compte exact de la situation difficile du jeune médecin au sortir des bancs de la Faculté. Si, comme moi, celui-ci n'est pas fils de médecin, si, par conséquent, il n'est pas au courant des usages du métier, s'il est le fils de ses œuvres, et s'il manque de relations, que voulez-vous qu'il devienne? Il va à la Faculté, lit à travers un grillage les offres intéressées des municipalités et, n'ayant personne pour le guider, choisit au hasard et tombe mal neuf fois sur dix, car, à mon sens, sur dix de ces offres il y en a neuf de mauvaises. Poussée par le désir d'avoir un médecin sous la main, dont les secours en tout cas seront plus prompts et moins chers en raison de la proximité, il n'est pour ainsi dire pas de commune qui ne désire avoir son médecin: alors la municipalité fait miroiter devant vos yeux, je ne sais quels avantages fantastiques qui s'évanouissent bientôt en fumée, vous promet des revenus fixes qui fondent et diminuent à votre arrivée comme la neige au soleil.

C'est un peu mon histoire que je vous raconte là, M. le Directeur; sans doute, si j'avais connu votre excellent journal, je me serais épargné bien des déboires et je serais probablement pourvu d'une situation qui me permette de vivre.

Je vous prierai donc de vouloir bien m'envoyer un numéro-programme et une formule d'adhésion.

Veuillez agréer, etc. Dr ANDRIEU,
(*à Vibraye, Sarthe*).

III

LES HONORAIRES MÉDICAUX ET LEUR PRESCRIPTION.

Veuillez entendre le récit de mon infortune et le communiquer aux confrères, pour que mon exemple leur soit profitable:

D'août 1877 à septembre 1878, j'ai donné mes soins à une dame atteinte d'une affection chronique. Pendant tout cet intervalle, j'étais considéré, choyé de toute la famille. On m'accablait de protestations, etc., etc.

Six mois après sa mort, je reçois deux cents francs; je compulse mes livres et trouve qu'il m'est dû encore 185 fr.

Depuis le mois d'avril 1879, jusqu'au mois de mai 1882, j'ai régulièrement envoyé ma note tous les six mois, d'abord avec des formules de sympathie, puis des expressions simplement polies, et enfin des phrases acidulées.

Rien! rien! pas de réponse!

Cette année, j'ai confié mes intérêts à un homme actif qui a fait les diligences nécessaires.

Avertissement d'abord; le débiteur ne se présente pas; citation, il se fait condamner par défaut et fait opposition au jugement. Je suis cité à comparaître devant le juge de paix à l'effet d'obtenir une conciliation entre nous. Je me présente et aussi le client, il invoque bravement la prescription, et fait serment en son âme et conscience qu'il ne me doit rien; il avait même le courage de réclamer des dommages-intérêts.

J'ai donc été débouté de ma demande et condamné à payer tous les frais, sauf les dommages-intérêts.

Pour toute compensation, j'ai eu le plaisir de voir un homme, qui fait profession de sentiments religieux, lever la main pour soutenir la négation de sa dette. Quant à moi, à mes risques et périls, je me suis payé la fantaisie de caractériser en pleine audience le serment prêté. Le juge de paix m'a rappelé à l'ordre, il l'a fait dans les termes suivants:

Monsieur, votre adversaire peut être de bonne foi, en invoquant la prescription, moi je suis tenu de le croire; pour vous, monsieur, ce que vous avez de mieux à faire, c'est de le laisser s'arranger avec sa conscience.

MORALITÉ. — Faisons-nous payer dans les délais voulus.

Veuillez agréer, cher et honoré directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués, pour vous, et les plus dévoués pour votre œuvre.

Dr L.

IV

MÉDECINS DE COLONISATION.

Nous reproduisons avec empressement le document suivant qui se rapporte au nouveau règlement de la Médecine de Colonisation, publié dans notre n° 24.

Pétition aux Chambres.

MESSIEURS LES SÉNATEURS,

MESSIEURS LES DÉPUTÉS,

Les soussignés, Médecins de Colonisation,

Ont l'honneur d'appeler toute votre sollicitude sur la situation qui leur est faite par la substitution du décret du 23 mars 1883 à l'arrêté du 5 avril 1878.

Considérant que l'arrêté du 5 avril 1878 répondait aux besoins des populations et rendait justice aux légitimes revendications du Corps médical;

Que cet arrêté n'a été pris qu'après une enquête très sérieuse, très complète, à laquelle furent appelés tous les Conseils Municipaux, les Conseils Généraux, les Députés, les Sénateurs, l'Ecole de Médecine, les Sociétés de Médecine et tous les Médecins de Colonisation;

Que jamais cet arrêté n'a été mis en vigueur d'une façon complète;

Que les médecins de Colonisation, nommés en vertu de cet arrêté, ont des droits acquis imprescriptibles;

Que si les Médecins de Colonisation sont et doivent être des fonctionnaires relevant de l'Administration, ils sont des fonctionnaires d'ordre spécial; que leurs travaux et leurs mérites personnels ne peuvent être appréciés directement par les bureaux; qu'il importe qu'il y ait entre eux et l'Administration un Comité spécial chargé de juger leur valeur professionnelle, que cette organisation existe du reste dans l'armée où le Comité de santé joue, vis-à-vis du Ministre de la Guerre, le rôle du Comité Supérieur vis-à-vis de l'Administration;

Que la suppression de ce Comité Supérieur et le maintien des Comités départementaux isolés et sans appui, équivaut à une suppression pure et simple de l'arrêté du 5 avril 1878;

Que les faits prétendus graves, signalés dans le fonctionnement de l'arrêté du 5 avril par M. le Gouverneur, ont été réduits à leur juste valeur par le Comité supérieur;

Que la réalité de ces faits, prétendus graves, ne constituerait pas un argument suffisant pour détruire tout un arrêté qui contient cependant une longue série de peines disciplinaires;

Que les Comités départementaux et le Comité supérieur peuvent être réunis dans un délai de huit jours, délai toujours suffisant pour traiter les questions les plus graves et les plus urgentes;

Les soussignés,

Invoquant les services rendus par eux et leurs prédécesseurs à la Colonisation;

Désirant que l'Administration les mette en mesure de donner au pays toute la somme de zèle et de dévouement dont ils se sentent capables;

Prient les Chambres de vouloir bien obtenir du Gouvernement que l'arrêté du 5 avril 1878 soit remis en vigueur sous forme d'un nouveau décret.

Suivent les signatures de soixante-quatre médecins de Colonisation.

REVUE D'HYGIÈNE

LE CHOLÉRA

La Société de Médecine Publique de Paris avait nommé, en vue des mesures prophylactiques à prendre et à vulgariser, en cas d'invasion du choléra, une Commission spéciale. Elle vient de se réunir en séance extraordinaire et d'approuver, après discussion, le rapport suivant qui a été rédigé par M. le Dr Vallin :

Hygiène individuelle.

A. *Précautions à prendre à l'état de santé.* — On n'oubliera pas que, même dans les grandes épidémies, les personnes atteintes ne sont que l'exception et que la maladie guérit souvent. Ceux qui ont peur résistent moins que les autres; il faut donc s'efforcer de conserver le calme de l'esprit.

On évitera les fatigues exagérées, les excès de travail et de plaisirs, les veilles prolongées, les bains froids de trop longue durée; en un mot toutes les causes d'épuisement.

Le refroidissement du corps, surtout pendant le sommeil, par les fenêtres ouvertes, les vêtements trop légers le soir après une journée très chaude, l'ingestion de grandes quantités d'eau froide, sont particulièrement dangereux en temps de cholera,

On doit éviter tout écart de régime et toute indigestion

L'usage d'une eau de mauvaise qualité est une des causes les plus communes du choléra. L'eau des puits, des rivières, des petits cours d'eau est souvent souillée par des infiltrations du sol, des latrines, des égoûts, par les résidus des fabriques.. Quand on n'est pas sûr de la bonne qualité de l'eau servant aux boissons où à la cuisine, il est prudent d'en faire bouillir chaque jour plusieurs litres, pour la consommation du lendemain, l'ébullition donnant une sécurité complète. L'on peut encore faire infuser dans l'eau bouillante une petite quantité de thé, de houblon, de centaurée, etc., et boire ces infusions soit pures soit mélangées au vin.

Il faut renoncer complètement à se servir des puits en temps de choléra.

Il n'y a aucun inconvénient à faire un usage modéré de fruits bien mûrs et de bonne qualité; on doit toujours les piler, et mieux encore les manger cuits.

Cette recommandation s'applique surtout aux légumes; les salades, les radis, les produits maraîchers pourraient à la rigueur retenir quelques germes dangereux répandus à la surface du sol.

Dans toutes les épidémies de cholé a, on a reconnu que les excès de boissons et l'intempérance favorisaient au plus haut point les attaques de la maladie.

Certaines personnes croient se préserver du choléra, en buvant une quantité inaccoutumée d'eau-de-vie et de liqueurs alcooliques; rien n'est plus dangereux.

Les glaces et les boissons glacées prises rapidement en pleine digestion ou le corps étant en sueur, peuvent déterminer en tout temps des indispositions ayant quelque ressemblance avec le choléra : il faut donc en faire un usage très réservé en temps d'épidémie.

B. — *Précautions à prendre en cas de maladie.* — Le moindre trouble digestif peut être le prélude d'une attaque de choléra; il ne faut jamais le négliger, et appeler immédiatement le médecin. Une attaque peut être prévenue ou arrêtée par un traitement rapide.

C'est le plus souvent par les matières de vomissements et les selles que le choléra se propage; ces matières ne sont pas beaucoup moins dangereuses dans les attaques les plus légères que dans les cas les plus graves. Il faut

donc les désinfecter et les faire disparaître le plus tôt possible de la chambre des malades.

On peut empoisonner toutes les latrines d'une maison en y jetant ces matières non désinfectées.

Il faut d'abord mêler à chaque selle ou à chaque litre de matières liquides :

Ou bien un grand verre de la solution suivante (de couleur bleue) :

Sulfate de cuivre du commerce (1) 50 grammes;
Eau simple. . . . . 1 litre.

Ou bien une petite tasse à café de chlorure de chaux en poudre (environ 80 grammes).

Quelle que soit la saison, il faut établir une ventilation continue dans la chambre d'un cholerique, même pendant la nuit, par l'ouverture permanente d'une imposte ou d'un carreau mobile. Le refroidissement qu'on peut, d'ailleurs, éviter en chauffant ou en couvrant le lit, est beaucoup moins a craindre que la corruption de l'air.

Il est préférable de déposer par avance le désinfectant au fond du vase destiné à recevoir les déjections.

L'acide phénique, le sulfate de fer, etc., excellents dans d'autres circonstances, seraient ici insuffisants ou inefficaces.

Les linges de corps ou de literie, souillés par les déjections, doivent être plongés, avant de sortir de la chambre, dans un baquet contenant 20 litres d'eau, auxquels on mêlera :

Ou bien 4 litres de la liqueur bleue.

Ou bien 2 tasses à café (150 à 200 grammes) de chlorure de chaux sec qu'on nouera dans un sac de toile.

On les retirera du baquet, en les tordant, au bout d'une demi-heure d'immersion dans ce liquide qu'il suffit de renouveler tous les jours. Mais il faut remettre le linge humide encore, au blanchisseur, qui le rincera immédiatement dans l'eau bouillaute, avant de le soumettre à la lessive commune.

Les pièces de vêtements susceptibles d'être lavées sont soumises au même traitement. Les pièces en drap et en tissus de laine seront envoyées, avec la literie, à l'étuve dont il sera parlé plus loin.

On peut toutefois les désinfecter au soufre, de la manière suivante: on les suspend dans un cabinet vide dont toutes les ouvertures sont bien closes; on asperge le sol avec un peu d'eau, pour rendre l'air humide, et l'on y fait brûler 30 grammes de fleurs de soufre par mètre cube de l'espace : le soufre sera placé dans un vase métallique, reposant lui-même au fond d'une cuvette à demi remplie de sable humide; on se retirera rapidement apres avoir allumé le soufre; le cabinet ne sera ouvert qu'au bout de vingt-quatre heures.

Quand les vêtements sont profondément souillés et de peu de valeur, il est préférable de les brûler.

Les taches ou les souillures sur les planchers, les tapis, devront immédiatemeut être lavés à l'aide d'un chiffon, soit avec un lait de chlorure de chaux, obtenu en mêlant une cuillerée de chlorure sec à un litre d'eau. Le chiffon sera ensuite brûlé.

Autant que possible, les literies occupées par les malades devront être garnies de larges feuilles de papier goudronné ou de journaux, pour prévenir la souillure des matelas. Ces papiers seront détruits par le feu.

Les matelas tachés ou souillés devront être humectés à l'aide d'un chiffon ou d'un tampon d'ouate avec la solution bleue étendue de cinq fois son volume d'eau, ou avec la solution de chlorure de chaux (une cuillerée à café de chlorure sec par litre d'eau).

Ces matelas pourront dès lors être enlevés sans danger par des voitures spéciales et désinfectés dans des étuves, soit par la vapeur, soit par l'air chauffé à 110 degrés environ.

En l'absence d'appareils ou d'établissements aménagés à cet effet, les matelas devront être étalés sur des chaises dans une chambre close, et exposés pendant vingt-quatre heures aux vapeurs résultant de la combustion de 30 grammes au moins de soufre par mètre cube du local (soit 1 kilogramme de soufre pour une chambre longue de 4 mètres, large de 3 mètres, haute de 3 mètres).

Deux fois par jour, dans les maisons où s'est produit un cas de choléra, on versera dans la cuvette des cabinets deux litres de la liqueur bleue, ou deux tasses à café de chlorure de chaux sec délayé dans deux litres d'eau.

Une tasse à café de la liqueur bleue ou de chlorure de zinc liquide à 45 degrés devra être versée chaque soir daus les tuyaux d'évier, les plombs, les conduites des eaux ménagères.

Partout où il sera possible, on établira, sur le trajet des tuyaux de chute, des siphons ou tubes en plomb ou en grès, recourbés en U, afin d'empêcher le reflux des gaz de l'égout dans l'intérieur des maisons.

Les ordures ménagères et les rebuts de cuisine devront être gardés dans une caisse bien fermée, à couvercle; chaque jour, on répandra à leur surface, soit un demi-verre de la solution de couperose bleue, soit une ou deux cuillerées de chlorure de chaux en poudre. Ces débris seront descendus chaque soir dans une caisse métallique, bien close, établie par le propriétaire dans la cour de chaque maison; on en saupoudrera la surface avec du chlorure de chaux avant la nuit. Chaque matin, cette caisse sera vidée dans les charrettes publiques par les soins des employés de la voirie, qui déposeront une certaine quantité de chlorure de chaux au fond de la caisse vide, pour la désinfecter.

Hygiène publique.

1° *La malpropreté des maisons et des rues.* — Conservation des détritus organiques dans des boîtes hermétiquement closes et au besoin désinfectées à l'aide d'une solution d'acide sulfurique au centième; enlèvement journalier de ces détritus; enlèvement plus fréquent des fumiers et des résidus industriels; surveillance plus effective des fosses d'aisance et des tuyaux d'évier; obligation formelle de projeter dans les tuyaux, surtout dans ceux qui communiquent directement avec l'égout, des matières désinfectantes mises à la disposition du public par la préfecture de la police; exécution rigoureuse des prescriptions relatives aux logements insalubres, etc.

2° *Le lavage et la désinfection des égouts.* — Multiplication de réservoirs analogues à ceux qui viennent d'être établis dans le voisinage des halles et marchés; curage des branchements de bouches; lavages fréquents

(1) Le sulfate de cuivre en cristaux, ou couperose bleue, coûte environ 1 fr.; le chlorure de chaux sec environ 60 centimes, et le chlorure de zinc liquide à 45 degres, environ 1 fr. à 1 fr. 50 le kilogramme.

des bouches d'égout à l'aide de liquides antiseptiques (bouillie de chlorure de chaux : solution d'acide sulfurique au centième).

3o *Les vidanges.* — Obligation de vider les fosses à l'aide de tonneaux hermétiques actionnés par la vapeur; désinfection des fosses après la vidange par la projection d'un mélange au centième de chlorure de zinc ou d'un lait de chaux obtenu en délayant deux kilogrammes de chlorure de chaux sec dans cinquante litres d'eau.

4o *L'eau de boisson.* — Obligation imposée à l'administration de ne distribuer que des eaux de bonne qualité, de ne point mélanger dans les branchements l'eau de la Seine ou de la Marne à l'eau de la Vanne ou de la Dhuys.

5o *Les établissements hospitaliers.* — Préparation d'hôpitaux excentriques destinés à recevoir les cholériques transportables; de salles d'isolement ou de postes de secours pour y traiter les malades admis d'urgence; création d'un système de *voitures spéciales* pour le transport des malades; installation au voisinage des hôpitaux de salles spéciales ou d'étuves pour la désinfection des linges, des literies, etc.; installation de lavoirs spéciaux pour éviter que les linges souillés par les cholériques soient lavés en commun.

Police sanitaire.

En temps de choléra, il faut éviter toutes les grandes agglomérations d'hommes sur un même point; ces réunions et ces foules deviennent facilement un foyer de propagation de l'épidémie; les foires, les courses de chevaux, etc., doivent, autant que possible, être ajournées.

L'accumulation des immondices, fumiers, résidus industriels en décomposition dans les cours et au voisinage immédiat des maisons, doit être sévèrement prohibée. Ces amas en décomposition ne seront toutefois remués et enlevés qu'après avoir été arrosés avec une solution d'acide sulfurique au centième. On arrosera avec le même liquide l'emplacement devenu libre.

Il faut plus que jamais empêcher la stagnation des matières dans les égouts, surtout au-dessous des bouches ouvrant sur la rue. Le lavage de ces bouches pourrait être fait avec un mélange au centième, on peut encore y répandre de grandes quantités de chlorure de chaux.

En temps d'épidémie de choléra, les opérations de vidange ne devraient être autorisées qu'à l'aide de tonneaux hermétiques actionnés par la vapeur et brûlant les gaz sous les chaudières. Après chaque opération, le radier et les murs de la fosse doivent être désinfectés par la projection soit d'un mélange au centième de chlorure de zinc, soit d'un lait de chaux obtenu en délayant deux kilogr. de chlorure de chaux sec dans cinquante litres d'eau.

Il serait désirable qu'en temps d'épidémie toutes les fosses fixes fussent surveillées et désinfectées par les soins de l'administration.

La sécurité des habitants d'une maison ne peut être assurée que par la déclaration immédiate, à l'administration municipale, de tout cas de choléra survenu dans la maison. Dans des circonstances aussi exceptionnelles, il est probable que les maires, usant des droits que l'article 3 du titre XI de la loi des 16-24 août 1790 leur confère en cas d'épidémies et de fléaux calamiteux, rendront cette déclaration obligatoire. Le public comprendra que cette mesure n'est en rien vexatoire, et que sa rigoureuse application est la principale garantie contre le danger de propagation du mal.

Cette déclaration doit être faite à la mairie, avant l'expiration des vingt-quatre heures, par les soins et sous la responsabilité des personnes qui entourent le malade.

Le médecin est tenu seulement de faire connaître, sans retard, aux personnes qui assistent le malade, la nature véritable de l'affection.

Lorsqu'un cas survient dans un hôtel ou un logement garni, la déclaration doit être faite immédiatement au commissaire de police (*Ordonnance du préfet de police* du 7 mai 1878).

Les malades ne doivent pas séjourner, même vingt-quatre heures, dans cet hôtel ou garni; ils seront transportés d'urgence soit dans un hôpital spécial, soit dans une maison de santé affectée exclusivement à cet usage, d'après convention passée entre le gérant et l'autorité locale; toutefois, les malades auront le droit de se faire transporter dans un appartement loué par eux, pourvu qu'il soit possible de les isoler sans danger pour les voisins.

La chambre occupée momentanément par un cholérique ne pourra être livrée à un nouveau voyageur ou locataire qu'après désinfection complète, par la combustion complète de 30 grammes de soufre par mètre cube.

Quand plusieurs personnes occupent une même chambre, et que l'une d'elles contracte le choléra, c'est faire courir le plus grand danger aux membres de la famille encore bien portants, et particulièrement aux enfants, que de vouloir traiter le malade dans la chambre commune. Il faut le faire transporter immédiatement dans un hôpital spécial; là, tout est préparé pour un traitement rapide et de chaque instant; contrairement à ce que croit le public, la chance de guérir est beaucoup plus grande à l'hôpital que dans un logement encombré où tout manque pour des soins immédiats et incessants.

Dans toute maison où survient un cas de choléra, une inspection rapide doit être faite par un fonctionnaire sanitaire, d'abord pour constater la réalité de la maladie, puis pour s'assurer que toutes les mesures de désinfection ont été prises et qu'elles sont suffisantes.

Quand les garanties d'exécution et de sécurité ne seront pas suffisantes, les opérations de désinfection devront être faites par les soins de l'administration. Il sera nécessaire d'assurer pendant vingt-quatre heures un abri aux habitants du logement, pour procéder à une purification sérieuse. C'est en prenant au début les précautions les plus rigoureuses qu'on peut empêcher les épidémies locales de devenir graves ou de s'étendre.

La chaleur portée à plus de 100o c., surtout quand elle est humide, est le meilleur moyen de desinfection; elle est sans danger pour les tissus et les matières premières. Les municipalités pourraient facilement improviser ces étuves, en cas de besoin, en établissant des poêles de fonte qu'on chaufferait au rouge, dans des locaux loués à cet effet, sur divers points des villes. Il suffirait d'y déposer des claies et des porte-manteaux pour y suspendre les objets suspects; les poêles peuvent être alimentés du dehors, et une vitre scellée dans la muraille en permettrait la surveillance.

Dans chaque poste de police devrait se trouver un dépôt de matières désinfectantes par paquets ou flacons, dosés d'une manière uniforme et munis d'une étiquette

imprimée, indiquant très exactement la manière de s'en servir (fleur de soufre, chlorure de chaux sec, sulfate de cuivre pulvérisé, chlorure de zinc liquide à 45 degrés). Ces substances seraient délivrées gratuitement aux personnes qui en feraient la demande, sur un bon du médecin, d'un agent sanitaire ou d'un membre d'une commission d'hygiène.

Pour assurer l'enlèvement à domicile des literies souillées qui doivent être désinfectées, un contrat pourrait être passé avec un industriel dont l'aménagement et les opérations seraient surveillés par l'administration; des voitures affectées exclusivement à ce service et désinfectées chaque jour, viendraient prendre à domicile tout le matériel contaminé et le rendrait purifié moyennant une rétribution à fixer.

Les lavoirs publics devront être l'objet d'une surveillance particulière, afin que le linge souillé par les cholériques ne soit pas lavé en commun ; des dépôts de chlorure de chaux ou de sulfate de cuivre permettraient d'y prendre les mesures de désinfection qui auraient été négligées dans la maison du malade.

Des ambulances de secours, des chambres d'urgence bien isolées dans les hôpitaux généraux, des hôpitaux ou baraques affectés spécialement aux cholériques, des voitures de transport spéciales pour les malades de toute condition, devraient être preparés dès à présent pour être prêts au moment où la maladie, qui éclate toujours brusquement, ferait sa première apparition.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ANGLAIS

Traitement de l'hémorrhagie post-puerpérale, *par le Dr Percy Boulton, médecin à l'hôpital du Samaritain, de Londres.* — Pour arrêter l'hémorrhagie, l'accoucheur, aussitôt la sortie de l'enfant, saisira solidement de la main gauche l'utérus, tandis que, de la droite, il extraira le placenta. S'il est entier et suivi de ses membranes, on donnera aussitôt à boire l'infusion d'ergot, en continuant de serrer l'utérus dans la main, durant une demi-heure ; et on appliquera sur l'abdomen un bandage qui l'embrasse etroitement. Le délivre est-il au contraire retenu dans l'utérus contracté en sablier, il faut l'extraire avec la main. Si l'hémorrhagie persiste, on videra l'organe des caillots qui s'y trouvent, et par le massage et des frictions, on tâchera d'amener des contractions, et en même temps, on injectera sous la peau de la cuisse ou de la fesse, vingt gouttes d'une solution d'ergotine, qui agit beaucoup mieux par cette voie. En même temps on tiendra la malade la tête basse, la température de l'appartement fraîche; dans les cas ordinaires, ces moyens suffiront.

Mais si, malgré l'ergot à l'intérieur et en injections hypodermiques, les excitations externes de l'utérus n'ont rien produit, que l'organe reste mou et que l'hémorrhagie continue, le galvanisme serait alors un moyen très efficace, mais on n'a pas souvent d'appareil sous la main. Le froid, la chaleur, les injections intra-utérines de teinture d'iode ou de fer, et en dernier lieu, la transfusion, sont les moyens qui doivent fixer le choix du praticien. Les moyens auxiliaires sont des injections d'éther sulfurique, la compression de l'aorte abdominale avec bandage fortement serré à la racine des membres. Par ces diverses manœuvres, on tente de relever l'énergie du système nerveux utérin, qui, seul, peut amener la contraction musculaire et, par conséquent, arrêter l'hémorrhagie, en rétrécissant assez les sinus pour amener la formation d'un caillot obturateur.

On introduit ensuite dans le vagin et la matrice, on applique sur l'épigastre, de la glace en nature, des linges imbibés d'eau glacée, pour exciter le fibre musculaire quand elle n'a pas perdu toute énergie. Mais si, au contraire, l'épuisement est extrême, le Dr Boulton préfère les injections d'eau très chaude, additionnée d'un quart de son volume de perchlorure de fer. Ce traitement, malgré son énergie, lui paraît légitimé par l'urgence, et plus d'une malade, d'après lui, lui doit la vie.

Dans le cas où, en dépit de tous les efforts, la syncope fatale est imminente, la masse du liquide sanguin trop faible pour exciter les battements du cœur, les sources centrales d'énergie nerveuse cessent d'agir. Après avoir élevé les pieds de la malade plus haut que sa tête, lié les membres à leur racine, appliqué sur le cœur un sinapisme, fait avaler, si possible, une forte dose d'opium et d'alcool, ou bien une injection hypodermique de quelques gouttes d'éther sulfurique, il faut se préparer, si tous ces moyens échouent, à pratiquer la transfusion qui donne 50 0/0 de succès, et cela tant que le cœur de la malade bat encore, tant qu'elle respire.

Pour cette importante opération, la méthode la plus simple doit être préférée à tous les appareils perfectionnés dans lesquels le sang privé de sa fibrine, et il l'est toujours imparfaitement, peut laisser des agglomérations fibrineuses, appareils d'un nettoyage difficile à faire. On doit laisser pour les études de laboratoire la transfusion d'artère à artère, trop difficile, mais il faut préférer la transfusion de veine à veine.

A défaut de sang humain, on a employé le sang de mouton, une solution de sel de cuisine; on a même employé l'eau chaude avec succès et produit ainsi sur le cœur l'action dynamique cherchée.

On introduit dans la veine de la malade une canule fixée à un tube muni d'un entonnoir. Pour augmenter la pression, il suffit d'élever l'entonnoir. Il va sans dire qu'on aura préalablement fait passer dans le tube muni, à son point d'union avec la canule, d'un robinet, une solution alcaline faible, pour chasser l'air.

L'opération s'effectue ainsi par un appareil simple et peu coûteux; l'eau salée et même l'eau chaude simple, ont donné de bons résultats. On ne doit donc plus laisser mourir une seule femme d'hémorrhagie, sans avoir essayé la transfusion. *(Med. Times and. Gazette, 5 mai 83).*

* * *

Importance du pouls dans l'étude des maladies du cœur, *par le Dr Alf. Carter, médecin au Queen's hospital.* — Sans nier la valeur de l'auscultation et de la percussion, l'auteur fait remarquer que de sérieuses affections du cœur peuvent exister sans signes physiques qui les révèlent; le pronostic et le traitement dépendent, non de la présence de tel ou tel murmure, mais exclusivement de la forme initiale du mal, et des troubles que d'importantes fonctions en auront

subi. On a à traiter un malade et non telle ou telle lésion cardiaque, et l'examen de l'organe ne nous fournit qu'un fil conducteur à travers les détours mystérieux d'un état morbide ; c'est une source d'informations, mais, parmi celles-ci, le pouls n'est pas la moins importante.

Pourtant le pouls n'est pas nécessairement modifié dans tous les cas où il y a maladie du cœur ; l'intensité des souffles valvulaires n'est pas l'expression exacte de la lésion ; cette dernière peut exister avec un trouble fonctionnel insuffisant à changer le caractère du pouls.

Mais il n'en est pas ainsi des lésions des parois cardiaques ; le pouls est normal avec des lésions de valvules considérables, si l'hypertrophie du cœur compense pleinement le défaut fonctionnel ; des années peuvent s'écouler avant que le mal soit révélé autrement que par le stéthoscope.

La fréquence du pouls dans l'apyrexie autorise à penser à une maladie du cœur, et l'absence de tout murmure n'est pas un signe que le cœur est indemne ; car une nutrition défectueuse peut augmenter l'irritabilité de cet organe.

L'insuffisance aortique exceptée, toutes les affections du cœur sont caractérisées par la faiblesse des pulsations ; le sang n'entre qu'en faible quantité dans l'aorte, la compensation n'existant plus, les battements du cœur sont diminués, et le pouls qui en résulte diminue aussi. Une autre cause peu signalée de la petitesse du pouls, est l'influence du système nerveux vaso-moteur. Le courant sanguin subit toujours un retard, d'où l'aération imparfaite du liquide, le manque d'oxygène cause l'irritation du centre vaso-moteur qui se trouve dans la moëlle, les petites artères se contractent, la pression sanguine s'élève, et chaque ondée nouvelle n'arrive qu'à ajouter très peu à une pression déjà forte, d'où la petitesse du pouls.

La disproportion entre la poussée très énergique du cœur déployant toutes ses forces, et n'arrivant cependant qu'à lancer peu de sang, est encore un signe de lésion valvulaire.

Il faut distinguer l'irrégularité de la force des impulsions, de l'inégalité dans le rythme. L'irrégularité est plus souvent due à des lésions du muscle, qu'à celle des valvules qui, « à moins de rétrécissement énorme et de « complication fonctionnelle et organique du côté des « cavités, ne la produisent jamais. » (Stokes, Mal. du cœur).

En résumé, l'inégalité et l'irrégularité du pouls ont pour point de départ l'inégalité et l'irrégularité des contractions du cœur, soit qu'il existe une altération de la structure du muscle, soit quelque trouble de l'innervation. La dégénérescence musculaire du cœur modifie non-seulement le diagnostic, mais le pronostic et le traitement, nous avertit de l'imminence d'une défaillance, et nous trace l'indication de la digitale.

L'irrégularité due au trouble de l'innervation cardiaque est moins grave et souvent passagère, et résulte d'une dyscrasie sanguine. La distinction entre ces deux formes est souvent délicate, mais dans les changements organiques du muscle, il existe en même temps d'autres signes. Les maladies de l'orifice mitral sont le plus souvent suivies d'irrégularité, car la quantité du sang lancé dans l'aorte et dans les artères coronaires en même temps, est alors diminuée en proportion de la gravité de la lésion, le cœur souffre dans sa nutrition, et diminue d'énergie. Cet ensemble de troubles est produit par le développement progressif du mal et non pas telle ou telle lésion valvulaire en particulier.

L'interruption des battements, ou battements incomplets s'accompagnent toujours d'irrégularité, et sont la preuve d'un degré plus avancé des lésions qui l'ont produite.

L'interruption vraie, la complète suppression d'une ou plusieurs impulsions cardiaques, est rarement associée à l'irrégularité ou l'inégalité des battements. C'est, d'après l'expérience de l'auteur, un phénomène purement nerveux, produit par un trouble général de la santé, et peut-être plus souvent par la goutte que par tout autre. L'examen des urines a souvent confirmé l'auteur dans cette opinion.

(Birmingham med. Review. Juin 83.)

* *

Des doses thérapeutiques, *par le Pr. Smith, de Bellevue, hosp. med. College, New-York.* — L'auteur est l'adversaire des doses massives, et cite un certain nombre de médicaments qu'il est plus avantageux de faire prendre à dose très faible et répétée.

Le *chlorate de potasse* donné à dose massive peut produire des inflammations dangereuses du rein, qu'on évite par les petites quantités prises à intervalles rapprochés, soit 0,065 milligr. (un grain) de demi-heure en demi-heure.

Dans le traitement des névralgies, le *croton-chloral* a été administré par 0,50 centigr. toutes les deux heures, jusqu'à 3 ou 4 grammes, mais il est préférable de donner 0,065 milligr. par demi-heure jusqu'à disparition de la névralgie. Une solution faite à un grain par cuillerée à café dissimule la saveur du remède et ménage l'estomac.

Pour combattre l'urticaire, *le salicylate de soude* par 10 ou 12 centigr. dans une cuillerée à café d'eau, est le meilleur remède et ne trouble pas la digestion. L'éruption est souvent due à l'absorption de grosses doses de baume de copahu, qui n'aurait pas produit de désordre, pris lui-même goutte à goutte chaque demi-heure.

La liqueur d'arseniate de potasse donnée par gouttes chaque demi-heure, arrête les vomissements des ivrognes et des parturientes. — *Le Jaborandi*, administré à larges doses dans le mal de Bright, produit des effets dangereux, mortels même, d'arrêt du cœur. Pris par gouttes d'extrait fluide d'heure en heure, il amène la sueur sans accident. L'auteur redoute tellement les effets de ce médicament, qu'il hésite à le donner dans les cas d'urémie et dans l'état puerpéral.

Les *bromures* sont conseillés dans les maladies nerveuses de l'enfance ; le *bromure de sodium* à 0,03 centigr. par cuillerée à café chaque quart d'heure. Les petits malades nerveux, à tempérament de sensitive, ont besoin d'un calmant qu'ils trouveront dans *la teinture de camomille* donnée par faibles doses de quinze en vingt minutes, sans fatigue pour l'estomac, qui bénéficiera au contraire de ce tonique. — *L'ipéca* (une goutte de vin d'ipéca par quart d'heure), arrêtera souvent les vomissements. — Le *calomel* donné à dose de 0,01 centigr. par heure durant dix ou douze heures, arrêtera les céphalées de la syphilis. Les régurgitations de lait des nourrissons peuvent être arrêtées en faisant prendre tous les quarts d'heure une cuillerée à café d'un mélange dans lequel 0,065 milligr. de calomel fondus dans

un peu de jus de citron seront mêlés à un verre d'eau.

La *teinture de digitale*, prise par gouttes, d'heure en heure, ou même plus souvent, si le désordre du cœur est plus marqué, amènera un grand soulagement sans fatigue.

L'émétique donné par 0,065 milligr. dans un demi-verre d'eau, pris par cuillerée à café tous les quarts d'heure calme la toux et l'oppression dans la bronchite légère des enfants. — Une goutte de *teinture de noix vomique* donnée après les repas, de dix en dix minutes, calme les maux de tête qui ne viennent pas d'une maladie des centres nerveux. — Dans la diarrhée infantile avec spasme et peu d'inflammation, pourvu que ce ne soit pas la dysenterie vraie, cinq gouttes *d'huile de ricin* émulsionnées avec du sucre et de la gomme sont un excellent moyen thérapeutique. La flatulence avec pulsations épigastriques dont se plaignent les femmes à la menopause, sont justiciables de 0,01 centigr. *de fève de Calabar*, pris par demi-heure, six ou huit fois de suite. — L'aménorrhée par anémie sera améliorée par par de faibles doses *d'ergot de seigle* pris toutes les demi-heures, avant l'arrivée des règles. — La *teinture de belladone* à petite dose chaque demi-heure, agit d'une manière utile dans le catarrhe nasal et la bronchite avec abondante secrétion. La faiblesse du cœur dans l'œdème pulmonaire est aussi combattue utilement par ce moyen.

La migraine sera calmée par 0,05 centigr. de *citrate de caféine* donnés toutes les demi-heures. — Certaines céphalalgies périodiques (en dehors de celles de la malaria), sont calmées par *l'extrait fluide de guarana* (quinze gouttes par quart d'heure); si quatre doses ne font pas disparaître le mal, il faut doubler la quantité. *(Med. Times and Gaz. 2 juin 83).* Dr M. Picard

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT MÉDICAL DES VALLÉES DE L'AISNE ET DE LA VESLE.

Séance du 12 juin 1883.

La séance est ouverte à deux heures par M. Dupeu *président.*

1° L'ordre du jour appelle la question des *honoraires médico-légaux.*

M. le président expose qu'il a reçu une circulaire du syndicat de Lot-et-Garonne (insérée dans le *Concours médical* du 14 juin), annonçant une entente entre le parquet et le corps médical.

L'assemblée, tout en approuvant des deux mains cette entente, pense que le syndicat tres circonscrit des vallées de l'Aisne et de la Vesle, qui est situé à la limite des deux départements de la Marne et de l'Aisne, n'a pas l'autorité nécessaire pour entamer des négociations à ce sujet. Elle estime que lorsqu'il y aura des syndicats médicaux voisins, et que tous se diront fédérés entre eux, il sera temps de reprendre alors la question.

En attendant, elle maintient sa dernière délibération « de ne donner que contraint et forcé son concours à la justice. »

2° L'ordre du jour appelle la question du *modus vivendi* pour les médecins avec *les sociétés de secours mutuels.*

M. Ancelet expose qu'autrefois, à Vailly, les soins étaient payés une somme fixe par année et par malade; que M. Bracon et lui en avaient vu les inconvénients ; qu'ils n'étaient pas consultés sur l'inscription des membres de la société, et qu'il arrivait fréquemment que, pour une somme dérisoire, ils soignaient des gens fort à l'aise. Ils se sont entendus et ont dit à l'administration : Dorénavant, nous soignerons les malades de la société au même prix que les autres malades, nous ne connaîtrons leurs titres de sociétaires que par le paiement qui sera effectué par l'administration se substituant au malade. C'est pour ces messieurs la meilleure solution. Elle a été acceptée et, depuis plusieurs années, ils ont vu leur traitement décupler.

M. Wimy expose qu'à Braisne, le fonctionnement est le même.

L'assemblée décide que les membres du syndicat devront suivre cette voie, qui est certainement la meilleure, toutes les fois que, dans la localité, tous les médecins feront partie du syndicat; mais que, dans les localités où existent des médecins syndiqués et d'autres qui ne le sont pas, les médecins syndiqués, après avoir essayé de faire adopter *unanimement* ce *modus vivendi*, s'ils ne parviennent pas à rallier tous les suffrages, devront s'entendre pour les propositions à faire à l'administration.

3° *Compagnies d'assurances contre les accidents.* M. Bracon expose qu'il a reçu de la Compagnie d'assurances *l'Urbaine et la Seine* une nomination de médecin de la compagnie (sans l'avoir demandée), pour l'assurance des ouvriers d'un maître carrier habitant à quelques kilomètres de Vailly. Cette lettre de nomination porte que les *« honoraires sont fixés à 6 fr. par sinistre constaté, soigné et guéri (?) »*

M. Bracon, trouvant ces conditions exorbitantes, demande quelle conduite il doit tenir.

M. Lécuyer expose qu'il est déjà médecin de trois compagnies; après de longues négociations, voici les conditions qu'il a fait accepter à ces diverses compagnies.

a. — 6 fr. pour les deux visites de constat et de terminaison de la maladie, quand le sinistré vient dans le cabinet du médecin.

b. — 1 fr. par kilomètre parcouru, aller et retour compris, quand il y a déplacement pour le constat;

c. — Les frais intermédiaires à la charge du sinistré.

L'assemblée adopte à l'unanimite cette manière de voir, et prie M. Bracon, qui s'y engage, de faire des propositions dans ce sens à la compagnie.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire général, Dr L. Lécuyer.

NOUVELLES

— Concours de l'agrégation. (Sections d'histoire naturelle, d'anatomie et physiologie). — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Naturalistes : M. Blanchard, pour la Faculté de Paris; M. Beauvisage, pour la Faculté de Lyon; M. Granel, pour la Faculté de Montpellier; M. Macé, pour la Faculté de Nancy.

Anatomistes et physiologistes : M. Reynier, pour la Faculté de Paris; M. Planteau, pour la Faculté de Bordeaux; MM. Wertheimer et Demon, pour la Faculté de Lille; M. Debierre, pour la Faculté de Lyon.

Le choléra. — Le nombre des décès cholériques en Egypte est toujours considérable : plus de 850 décès par jour. Si, en effet, l'épidémie diminue au Caire (12 décès par jour), elle augmente dans la haute Egypte et s'accentue à Alexandrie : 44 décès le 13 août.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE
Organe officiel des Syndicats des Médecins de France
PARAISSANT LE SAMEDI

DIRECTEUR : Dr AUGUSTE CÉZILLY.

France et étranger. ab. un an. — 20 fr.
Pour MM. les étudiants, un an — 5 fr.

SAMEDI 25 AOUT 1883

CINQUIEME ANNÉE. No 34.
Le numéro, 40 centimes.

BUREAUX et ADMINISTRATION
Rue du Faubourg-Poissonnière, 9, Paris.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DE LA SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL
DU 19 AOUT 1883

TROISIÈME ASSEMBLÉE

L'Assemblée a été, cette année-ci, plus nombreuse encore que celles qui l'ont précédée. Les confrères qui y ont pris part étaient venus de tous les points de la France. Certainement, comme l'attestent les lettres reçues, les élections, dont on ne connaissait pas la date, lorsqu'on a fixé celle de la réunion, nous ont privé de la présence d'un certain nombre de nos adhérents,

Mais les assistants étaient en nombre plus que suffisant, pour prendre les décisions que comporte une Assemblée générale. Cela est d'autant plus heureux que l'importance des résolutions s'accroît d'année en année, ainsi que le sentiment des liens de solidarité qui s'établissent d'une façon plus étroite parmi les nôtres.

Chacun vient, maintenant, à nos réunions, avec la conscience de pouvoir faire prévaloir les idées justes et progressives; avec la certitude de les voir mettre à exécution, grâce aux ressources de la Société, s'il peut les faire adopter comme utiles et pratiques.

Si le nombre des assistants est acquis; si la possibilité de l'entente est établie, l'expérience des trois Assemblées nous a démontré qu'il y avait une réforme à apporter à l'ordre du jour.

Nous avions déjà fait pressentir cette nécessité quand nous disions qu'il serait peut-être opportun de publier au journal, avant la Réunion, les divers rapports qui absorbent des instants précieux.

En procédant de la sorte, nous atteindrons notre but essentiel: avoir le temps nécessaire pour discuter à fond les intérêts de notre société, les intérêts professionnels. Les sujets qui ont été introduits, n'ont pu être que brièvement exposés par nos confrères. Plusieurs communications ont dû être renvoyées à la publication; des propositions ont été omises.

Heureusement qu'on a pu s'en entretenir durant le repas, et grâce à la conversation générale qui l'a suivi, on a pu vérifier, une fois de plus, combien les médecins sont d'intelligents et d'aimables convives.

Le menu remarquable et les vins généreux du *Grand-Véfour* ont contribué, pour leur petite part, à la parfaite cordialité qui a présidé à la Réunion. Elle laissera, comme toutes les Assemblées confraternelles un durable souvenir dans l'esprit des asssistants. Nous les remercions sincèrement de nous avoir apporté leur concours empressé.

PROCÈS-VERBAL

La séance est ouverte à quatre heures un quart.

Prennent place au bureau : M. le Dr Cézilly, *président*; MM. les Docteurs Geoffroy, Gassot Fischer, Mignen, *membres des Comités* :

L'Assemblée nomme comme assesseurs : MM. Rafaillac *de Margaux, président des Syndicats de la Gironde, et* Augé *père, de Pithiviers, président d'un des Syndicats du Loiret.*

Le Bureau se constitue en nommant *secrétaire* le Docteur Geoffroy.

Le Président dépose sur le bureau de l'Assemblée :

1° Le numéro du *Concours* en date du 21 juillet 1883, fixant la réunion de l'Assemblée générale au 19 août et celle du conseil des comités au 18 août.

2 Le numéro du *Concours* en date du 11 août 1883, portant la convocation régulière en Assemblée générale des Membres de la Société civile du *Concours médical*, ainsi que l'ordre du jour de cette Assemblée et le règlement sur la tenue des Assemblées générales.

M. le Dr Cézilly rappelle que les formalités régulières ont été remplies par cette convocation et par la réunion du Conseil des Comités qui s'est tenue la veille, 18 août 1883, réunion à laquelle assistaient MM. Cézilly, Gassot, Geoffroy, Fischer et Mignen.

Il fait part des lettres d'excuses adressées à l'Assemblée par MM. Rabourdin, Poulet, Lebrun, Ribard et Camboulives, *membres des Comités.* Il donne ensuite communication de nombreuses lettres analogues qu'il a reçues des membres du *Concours* ne pouvant assister à la séance.

Il leur exprime tous les regrets de l'Assemblée ainsi privée de leur lumières pour la discussion des questions à l'ordre du jour

Il informe l'Assemblée de la présence à la séance de MM. le Dr Benoist, de Saint-Nazaire, le Dr Ordonneau, de Bournezeau, le Dr Lardier, de Rambervillers, qui auront des communications orales à présenter.

Il procède à la lecture de son rapport particulier sur le fonctionnement général du « *Concours* » pendant l'année 1882-1883.

I
RAPPORT DU DIRECTEUR

Chers confrères,

Nous sommes arrivés à la cinquième année d'existence de notre société et du journal qui en est l'organe. Il n'est plus nécessaire, maintenant, d'exposer quel est notre programme, et vous savez tout ce que nous avons déjà fait pour le mettre à exécution.

Le rôle du *Directeur* de votre *Association* est rempli, lorsque, s'inspirant de vos désirs, il s'efforce de les satisfaire. Le rôle des adhérents est de faire partager par d'autres, les idées qu'ils ont acceptées eux-mêmes, et de proposer à la Direction ce qui leur paraît de nature à fortifier, à hâter notre œuvre d'*union* et de *solidarité*.

En effet, la propagande de nos vues communes ne doit plus être uniquement dévolue au journal. Elle sera bien plus efficace aujourd'hui que deux mille six cent trente médecins ont le pouvoir et le devoir d'exposer, de vive voix, le peu de bien que nous espérons avoir fait et de faire comprendre à leurs amis tout ce que nous serons en état d'accomplir, lorsque nous serons encore plus nombreux.

Laissons donc de côté le programme du *Concours médical*; je suis assuré qu'il trouvera, en vous, d'éloquents interprètes, et parlons de ce qui va nous occuper cette année. Voyons quels sont les projets que nous pourrons mettre à exécution, si vous leur donnez votre approbation.

Deux entreprises capitales : le développement des *syndicats*, l'organisation d'une *Caisse de pensions de droit*, suffiraient, à elles seules, à occuper utilement le présent exercice.]

Les syndicats ont réussi; mais les services qu'ils ont rendus, sont un sûr garant de ceux qu'ils pourront rendre encore et nous imposent à tous l'obligation de leur donner le développement qui leur convient.

Il est regrettable qu'il n'y ait pas eu jusqu'à ce jour, à Paris, une seule tentative sérieuse. Je pense que nous pourrons combler cette lacune en faisant un appel direct aux deux cents membres du *Concours* qui habitent ici.

Cette institution des syndicats qui est utile aux médecins, ne l'est pas moins aux pharmaciens. Ils ont commencé à suivre notre exemple et cette imitation serait d'un grand avantage pour nous. Les difficultés, parfois très sérieuses, qui s'élèvent entre les deux professions, seraient plus facilement aplanies, si les Bureaux des deux syndicats étaient chargés de les juger. En outre, les *syndicats* des médecins et des pharmaciens auraient qualité pour rédiger, avec compétence, la loi qui doit faire place à la législation vieillie dont on demande la réforme.

Pour que le *Concours médical, organe officiel des syndicats*, justifie ce sous-titre, il faut que nous ayons plus de place à consacrer aux comptes-rendus. Les sociétés ne vivent que lorsque le bien qu'elles font est mis, tous les jours, en lumière, et que les bons exemples qu'elles donnent, peuvent, par le fait d'une large publicité, trouver de nombreux imitateurs.

Si pharmaciens et vétérinaires entraient dans ce mouvement syndical que nous avons suscité, nous aurions encore un autre profit : nous parviendrions, plus promptement, avec leur coopération, à la constitution d'une *Caisse de pensions*.

Je suis partisan ardent de la création, en France, d'une Caisse semblable à celle du corps médical, pharmaceutique et vétérinaire Belges.

Je reste et resterai toujours le prôneur déterminé de l'Assurance sur la vie, indispensable au médecin plus qu'à tout autre. La pension et l'assurance ne sont que deux formes de prévoyance presque aussi utiles l'une que l'autre. La Caisse des pensions répondra aux besoins des confrères qui ne peuvent utiliser les services de la compagnie d'assurances sur la vie *la New-York* choisie par notre société et complétée par notre *Caisse de Prévoyance*.

Je connaissais depuis plusieurs années la Caisse Belge, mais avant d'en parler, il était essentiel de la voir à l'œuvre, de la voir distribuer ses premières pensions.

Vous savez les résultats qu'elle a déjà donnés. Ils sont très satisfaisants, *au moins pour le présent*. Un de nos collaborateurs a bien voulu accepter la tâche de résumer, devant nous, les études auxquelles il s'est livré. Dans les articles qu'il a publiés, il s'est attaché à combattre les objections opposées, depuis longtemps, à la création d'une Caisse de pensions entre médecins. Aujourd'hui, il nous indiquera les voies et moyens de cette organisation.

La publicité du *Concours*, les ressources dont notre société dispose, l'appui de nos nombreux adhérents, les adhésions déjà reçues, offrent à notre distingué confrère les chances les plus sérieuses de mener à bien, dans un avenir rapproché, notre entreprise. Par la création d'une Caisse de pensions de droit, sur des bases solides, aptes à assurer son avenir, notre Société, même à défaut d'autres titres, aurait bien mérité du *Corps médical*.

Après vous avoir entretenu de l'*extension à donner aux syndicats* et de la *Caisse de pensions*, il me suffira d'ajouter que nous aurons aussi à poursuivre l'organisation de quelques services nouveaux comme nous l'avons fait, d'ailleurs, cette année pour le *recouvrement des honoraires*; à compléter les anciens; à augmenter le nombre de nos fournisseurs communs; à doter plus richement le remplacement gratuit; à préciser les termes des remplacements de gré à gré; à recueillir d'une façon plus complète les renseignements utiles à la bonne répartition des postes médicaux.

Nous aurons encore à poursuivre la révision des lois de l'an XI. Nous ferons part des démar-

ches déjà faites. Ici nous sommes obligés de compter avec l'intervention gouvernementale et avec toutes les lenteurs qu'elle entraîne.

Si vous vouliez aborder la question de l'organisation, à *Paris*, d'un vaste établissement, absolument médical, consacré à faire disparaître les vices des *bureaux des nourrices*; si vous vouliez créer, à *Paris* encore, une grande *maison de santé*, détachée des liens municipaux, vous me trouveriez déjà préparé à ces études par les propositions et les communications que j'ai reçues.

Vous voyez que cette année, comme les précédentes, la *direction* du *Concours* ne sera pas une sinécure. Lorsqu'on veut mettre en pratique les projets qui paraissent au premier abord, les plus simples, il se révèle bien des difficultés. On ne surmonte celles-ci qu'à force de démarches, de temps, de persévérance, et avec l'appui de tous ceux qui en auront, en définitive, le profit.

Je n'ai pu réussir à vous procurer quelques satisfactions qu'à la condition de m'occuper sans relâche de la *publicité*, de la *rédaction* et de l'*administration* du journal et je vous prie, chers confrères, de vous rendre aux pressantes invitations que vont vous adresser MM. les secrétaires des Comités, dans leurs rapports respectifs; car, sans vous, nous ne sommes rien! Mais, avec vous, le passé nous prouve que nous pourrons beaucoup, pour sauvegarder la dignité et les intérêts d'une profession qui doit assurer à tout ses membres bien-être et considération.

Le but essentiel de notre Assemblée générale annuelle, sera complètement atteint, si elle contribue, comme je l'espère, à resserrer les liens d'une association que nous sommes parvenus à fonder à l'aide des forces vives de la publicité. A vous il appartient, chers confrères, de donner à notre *Concours médical* tous les développements qu'il comporte. Je serai en toutes circonstances le fidèle exécuteur des volontés que vous aurez exprimées.

Le directeur a donné lecture des divers paragraphes de son rapport et les a commentés successivement. Lecture et commentaires ont été accueillis par les applaudissements de l'Assemblée.

Messieurs,

Avant de donner la parole aux rapporteurs des Comités, il est de mon devoir de vous indiquer brièvement de quelle façon ont été mises à exécution les *décisions de l'Assemblée générale* du 17 septembre dernier.

1° Un fonds de réserve a été constitué; heureusement nous n'avons pas eu besoin d'y recourir. — Il est intact.

2° Une somme avait été affectée à favoriser la création des Syndicats. Nous avons répondu à toutes les demandes qui nous ont été exprimées par les Bureaux des Syndicats ou par les organisateurs de nouveaux Syndicats; une portion de la somme disponible pour cet objet a été dépensée.

3° Les ressources mises à la disposition de la *Commission de Révision de la Législation* sont intactes. Pour cette révision le Corps médical est obligé de compter avec les convenances du Gouvernement et des Chambres. M. le Dr Geoffroy, rapporteur de la Commission, vous rendra compte des démarches multiples que nous avons faites. Elles n'ont eu pour résultat que de préparer les voies. Heureusement qu'il est au pouvoir des médecins de se passer de l'intervention des législateurs pour les réformes qui leur importent le plus.

4° Vous aviez decidé aussi de pourvoir aux frais de remplacement des membres du *Concours* qui, par suite de maladie, seraient contraints de renoncer momentanément à l'exercice de leur profession. On a fait droit immédiatement aux demandes qui se sont produites. Une partie du crédit a été employée.

5° L'Assemblée avait donné son assentiment à la proposition de constituer une *Société* en vue de la confection d'un Annuaire médical.

L'examen des dépenses et des recettes de la future Société a engagé à renoncer à cette entreprise qui n'aurait pas été suffisamment rémunératrice. D'ailleurs, un grand nombre de membres du *Concours* ont déclaré qu'ils ne faisaient aucun usage de l'Annuaire. Comme il existe plusieurs annuaires, peut-être serait-il préférable d'arriver à une entente avec les propriétaires de l'un de ces ouvrages?

6° L'Assemblée, avait en outre, pris en considération divers vœux exprimés :

1° Désignation d'un micrographe, d'un chimiste pour les examens et analyses que les membres du *Concours* pourraient réclamer. — Nous sommes en mesure de donner cette satisfaction.

2° La recherche d'un cabinet de lecture qui consentirait à envoyer, en province, les ouvrages médidicaux à prix réduits. Le journal donnera connaissance dans son prochain numéro de la seule solution qu'il nous ait été possible de trouver jusqu'ici.

3° L'organisation d'un service de recherches bibliographiques.

L'annonce en a paru récemment dans le journal.

Les reliquats du dernier exercice et les sommes que celui de cette année met à votre disposition, constituent un total assez respectable; nous devons en rechercher, ensemble, l'emploi le plus judicieux.

Nous allons, tout à l'heure, sonmettre à votre appréciation les propositions examinées par le Comité. *Approbation générale.*

II

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTUDES DES ANNONCES

La parole est donnée à M. le Dr Gassot, *Secrétaire du Comité d'Études des annonces*, pour la lecture du rapport de ce Comité.

Messieurs,

Il y a quelques semaines, un de nos confrères, le vénéré Président d'honneur du syndicat du Loiret, me demandait : *De quoi donc vit le Concours ?*

Cette question, qui vous surprend sans doute après tout ce qui a été dit et publié au Journal, et qui, pendant longtemps, m'a étonné moi-même, a fini par ne plus me paraître extraordinaire : rappelez-vous, Messieurs, ce qu'était la publicité des journaux de médecine avant le *Concours*, voyez ce qu'elle est encore autour de nous, et vous admettrez certainement comme moi que la réforme tentée et accomplie par nous ait pu sembler à certains à peu près impossible. Rien donc d'étonnant si, pour expliquer notre succès, on a tour à tour invoqué les raisons les plus invraisemblables, les combinaisons les plus abracadabrantes ! On a fait de nous, vous vous en souvenez, les associés d'une entreprise commerciale, les agents d'un syndicat de pharmaciens spécialistes, les barnums d'une publicité exotique; bref, *nous avons été* tout, excepté ce que nous sommes réellement, c'est-à-dire une réunion de praticiens honnêtes, indépendants de toute attache, et décidés à poursuivre en commun des résultats qu'isolés nous n'aurions jamais pu atteindre.

Aussi attendons-nous à entendre encore bien des fois cette question : *de quoi donc vit le Concours ?*

Le *Concours médical* vit de sa publicité, il n'en a jamais fait mystère, je dirai même qu'il en est quelque peu fier, car il a su donner à cette publicité un caractère de probité et de décence qui la rend véritablement médicale. S'adressant à près de trois mille médecins, il a compris que ses choix devaient être irréprochables, et, respectant le caractère de ses adhérents, il leur a présenté les produits qu'il recommandait à leur expérimentation en des termes qu'ils pussent accepter.

Cette règle que, dès le premier jour, s'est imposée votre Comité d'études et qu'à maintes reprises vous avez approuvée, a été notre véritable sauvegarde; c'est elle qui nous a permis d'éviter des erreurs où notre œuvre eût sombré, c'est elle qui nous a fait ce que nous sommes. Vous savez quel mouvement professionnel a suivi la création du *Concours*, vous savez quels résultats ont été obtenus, grâce à sa vigoureuse impulsion ; me contredirez-vous si j'avance que c'est à notre publicité intelligente que nous devons les moyens d'actions que nous avons pu mettre en usage

La tâche du Comité d'études n'est pas la plus brillante, mais il me sera permis de dire qu'elle n'est ni la moins importante, ni la moins difficile.

De votre côté, Messieurs, vous avez compris que vous deviez accorder aux recommandations de votre Comité l'attention qu'elles méritent et, contrôlant ses travaux par votre expérimentation personnelle, soutenir matériellement le *Concours Médical* dont vous appréciez si justement la valeur et l'utilité.

C'est en votre nom qu'après avoir examiné les questions qui nous sont soumises, nous formulons nos décisions, et, nous nous plaisons à le constater, vos préférences éclairées viennent ratifier les choix que nous vous soumettons. Cet accord, basé sur une confiance et une estime mutuelles, n'a jamais cessé de régner entre votre Comité et vous, donnant à la publicité du *Concours* la haute valeur qui ne lui est plus contestée : il se poursuivra dans l'avenir, nous osons l'espérer, au grand profit de notre œuvre et des médicaments dont nons acceptons la spécialisation légitime.

Voilà, Messieurs, la réponse que tous nous pouvons faire à ceux qui, mal éclairés encore, s'inquiétent des ressources du *Concours* ; voilà le secret de cette force qui les étonne, mais dont ils comprendront bientôt la progression future, si, comme mon honorable interlocuteur, ils veulent bien remarquer que nous ne sommes encore qu'à nos débuts : « Vous êtes, me disait-il, dans une excellente voie; persévérez, et dans quelques années le *Concours* sera maître absolument de la situation, si ses adhérents veulent bien suivre les préceptes que vous leur tracez. »

Et pourquoi ne le voudraient-ils pas ? Leur avons-nous jamais proposé un mode de faire qui puisse répugner à leur loyauté ou à leur dignité ? Leur avons-nous recommandé des produits inférieurs ? Quelqu'un d'entre eux rougirait-il de conseiller à ses clients des médicaments comme la *Pepsine Boudault*, le *vin de Séguin*, l'*Ergotine Bonjean*, dont le succès ne fait que s'accroître avec les années et qui, placés d'emblée au premier rang, ont su conserver leur supériorité, en dépit des efforts de la concurrence ? Et si des anciens médicaments nous passons aux produits plus nouveaux, en est-il qu'un scrupule empêche de prescrire la magnifique *huile de foie de morue* importée par *M. Jomin*, les *Emulsions de goudron végétale de Tolu* préparées par *M. Le Beuf*, le *Bromure de Camphre de Clin* ou la *solution Bourguignon* ?

Poser la question, c'est la résoudre, et la faveur avec laquelle vous avez accueilli les médicaments

spécialisés que je viens de vous citer, prouve qu'en les préférant aux marques plus ou moins similaires, vous avez hautement reconnu la légitimité de nos indications.

Les eaux minérales, elles, ont l'avantage d'être toutes également bonnes : c'est au médecin de savoir approprier à telle ou telle source les indications morbides qui en sont justiciables. Mais, ici encore, permettez-moi de vous le dire, nous vous avons présenté les sources qui peuvent servir de type dans les différents genres : les *Eaux-Bonnes* que leur double sulfuration fait classer à part parmi les eaux sulfureuses, la *Victoria de Hongrie* qui figure au premier rang des eaux purgatives naturelles tant par la richesse de sa minéralisation que par la puissance de ses effets, a *Reine de Vals*, cette eau de table incomparable qu'on a tant de peine à laisser quand on en a une fois commencé l'usage.

Nos adoptions, cette année, ont été peu nombreuses, mais nous avons les plus sérieuses raisons de croire qu'elles peuvent dignement figurer auprès des adoptions des années précédentes :

Ce sont les *Eaux reconstituantes de Saint-Nectaire*, la *source Rouge* et la *source Romaine* qui n'ont de rivales que Carlsbad, à l'étranger. Gubler, qui s'y connaissait, plaçait ces sources parmi les plus précieuses que possédât la France : c'étaient pour lui, dans la classe des eaux protogéïques, ce que Vals et Vichy sont dans la classe des eaux alcalines, Contrexéville dans la classe des eaux salines mixtes, les sources des Pyrénées parmi les eaux sulfureuses. Il leur prédisait l'avenir le plus brillant — nous nous chargerons, messieurs, de réaliser sa prédiction.

Dois-je vous rappeler l'analogie vraiment surprenante de leur minéralisation, avec celle du sérum sanguin ? Tous vous avez à l'esprit cette analyse comparative que pour la première fois, je traçais, en 1872, sur les tableaux du grand amphithéâtre de la Faculté et qui depuis a été reproduite dans tous les ouvrages d'hydrologie. Une telle minéralisation devait, théoriquement, assurer aux *Eaux de Saint-Nectaire* des propriétés recorporantes manifestes, et l'expérimentation clinique a montré que ces conceptions théoriques étaient fondées.

Joignez à ces propriétés les avantages de l'hydrothérapie chaude, dans les cures à la source, et vous conviendrez que Saint-Nectaire présente toutes les qualités requises pour mériter le patronage du *Concours*.

Je ne reviendrai pas sur les *sources Elisabeth* et *Sainte-Marie* de Vichy-Cusset que, depuis longtemps, vous avez pu apprécier comme eaux alcalines fortes, non plus que sur la *source du Pavillon de Contrexéville* dont les mérites ne sont pas nouveaux et dont l'installation faisait naguère, dans notre journal, l'objet d'une lettre de notre Directeur que vous n'avez pas oubliée.

Parmi les produits pharmaceutiques que je vous énumérais l'an dernier, deux manquent à l'appel ; — c'est que votre Comité, soucieux de faire pour les médicaments qu'il accepte une publicité de bon aloi, tient à ce qu'une juste rémunération assure au *Concours* la part qu'il mérite dans le succès obtenu. Vous n'admettriez, pas plus que nous, un manquement aux engagements que nous avons pu contracter : vous n'admettriez pas davantage une dérogation aux conditions que nous avons prises pour règles dans la conclusion de nos traités de publicité.

Par contre, notre liste s'est augmentée de quelques annonces nouvelles : Les préparations de *Fer Rabuteau* qui, malgré leur apparition relativement récente, ne sont plus des produits nouveaux. Le protochlorure de fer, grâce aux travaux des physiologistes, devait immédiatement prendre place parmi les préparations ferrugineuses les plus rationnelles : aussi fut-il accueilli par le Corps médical avec la faveur que vous savez. Les diverses formes pharmaceutiques sous lesquelles il se présente : dragées, élixir, sirop, vous permettront de satisfaire à toutes les exigences, et le soin qu'apporte la maison Clin à leur confection, vous est un sûr garant de la valeur de ces médicaments.

En même temps que le Fer Rabuteau, nous avons accepté la *solution de salicylate de soude du Dr Clin*; et en vous proposant ce nouveau produit, votre Comité a eu conscience d'être resté fidèle aux principes qui, maintes fois, vous ont été exposés. Pourquoi ne vous le dirais-je pas ? J'ai été bien longtemps hostile à cette adoption : il me semblait que la solution de salicylate de soude pouvait être également préparée par tous les pharmaciens, que sa spécialisation ne se justifiait pas, et cependant, messieurs, c'est moi qui ai fini par proposer à mes collègues du Comité l'acceptation de la *solution Clin*. C'est que les mécomptes que m'avaient causés les solutions des pharmaciens ne pouvaient plus se compter, c'est qu'après avoir employé des salicylates impurs ou altérés et des salicylates inactifs, j'eus enfin recours à cette *solution Clin* dont les qualités organoleptiques, l'inaltérabilité, l'activité thérapeutique ne peuvent être discutées.

Expérimentez par vous-mêmes, chers confrères, et vous partagerez bientôt notre conviction.

Plus récemment nous avons appelé votre attention sur le *sirop de bromure de potassium* aux écorces d'oranges amères préparé par M. *Jomin* : nous retrouverons ce produit l'an prochain, mais je ne puis m'empêcher de le recommander à votre examen sérieux. Ce n'est pas plus le médicament que vous trouvez dans les officines, que ne l'est la solution dont je vous parlais tout à l'heure : c'est un produit qui a ses caractères particuliers, son originalité propre et que M. Jomin peut légitimement placer près de son *huile de foie de morue Créosotée* que vous avez si bien accueillie.

Ces nouveaux produits, vous le voyez, s'ils sont peu nombreux, ont du moins une valeur que vous reconnaîtrez; ils trouveront près de vous la faveur qu'ont rencontrées les préparations les plus soignées, la *toile vésicante d'Albespeyres*, le *sirop de Digitale de Labélonye*, les *pilules de Blancard* qui ont assure à leurs auteurs une notoriété pour ainsi dire universelle.

Vous savez quelles controverses a soulevées la question des spécialités pharmaceutiques, vous savez quels principes en cette matière nous avons adoptés, je n'ai donc pas à insister; mais ce qu'il est impossible de ne pas constater, c'est le soin et la conscience apportés dans la préparation de ces spécialités — je n'ai pas besoin, je pense, d'ajouter que je parle ici des spécialités sérieuses, telles que nous les comprenons, et non de ces produits commerciaux qui n'ont du médicament que le nom. — Ne craignez donc pas d'accorder à ces produits votre préférence éclairee : tous les noms que je vous cite vous garantissent une préparation aussi scrupuleuse que vous pouvez le souhaiter.

Ne croyez pas en effet, messieurs, que votre comité d'études, une fois l'annonce d'un produit consentie, se désintéresse absolument, et que l'examen préalable, qu'il fait subir à ce produit, soit le seul sur lequel il s'appuie pour le recommander à votre choix. Nous avons pensé qu'il convenait de multiplier les expérimentations, les observations cliniques dont il ressort toujours quelque chose d'intéressant, sinon de nouveau, et, de temps à autre, nous renouvelons notre examen sur des échantillons que nous trouvons ça et là : c'est en suivant ainsi d'un œil attentif ces produits que nous considérons un peu comme nôtres, que nous pouvons acquérir la confiance nécessaire pour vous parler d'eux avec quelque autorité.

Plusieurs d'entre vous ont bien voulu nous communiquer leurs appréciations personnelles, nous les en remercions vivement, ne regrettant qu'une chose, la rareté de ces communications. Songez, messieurs, à la force que vous nous donneriez si, tantôt pour un médicament, tantôt pour un autre, vous vouliez bien nous faire connaître votre manière de voir! Quelle mine inépuisable serait pour nous cette collection de notes, d'observations, d'études de toutes sortes, d'objections même, qui appelleraient la discussion sur des points plus ou moins obscurs!

Voici les *Granules Berthiot*: beaucoup d'entre vous les connaissent, beaucoup les emploient, — pourquoi ne pas nous faire quelques communications à leur sujet? Vous savez si la consommation des granules médicamenteux a pris de l'importance; vous savez si une égale confiance peut être accordée à tous les produits de fabrications diverses : le champ d'expérimentation à toute l'empleur désirable, pourquoi n'y entreriez-vous pas? — Nous l'avons faite, nous, cette étude constante; nous avons examiné les questions de solubilité et de dosage; nous avons vérifié la provenance des substances actives; nous avons examiné la fabrication, les manipulations, la division : nous pouvons donc, en connaissance de cause, vous assurer que ces granules vous offrent toutes les garanties possibles.

A un autre point de vue, nous avons expérimenté le *Coaltar saponiné Le Beuf*: nous avons mis à l'épreuve ses propriétés antiseptiques dans les circonstances les plus diverses, nous avons multiplié ses applications, nous avons contrôlé les résultats qui nous étaient signalés ; — nous pouvons donc encore vous dire, au moment où les indications de la médication antiseptique tendent chaque jour à prendre dans la thérapeutique une place plus grande, qu'il constitue un médicament de valeur, facile à manier et, ce qui n'est pas à dédaigner, absolument inoffensif. Vous avez vu quelle importance attachent les accoucheurs à l'observation rigoureuse des mesures qui peuvent préserver leurs malades de toute contagion : eh bien! le *Coaltar saponiné* est l'un des meilleurs agents que puisse employer l'obstétrique antiseptique, et le *Concours* a depuis longtemps appelé votre attention sur cette application spéciale.

L'expérimentation des *capsules Raquin* vous donnera pareillement la conviction de l'excellence du procédé d'enrobage qui, évitant tout contact avec l'estomac, ne met le médicament en liberté que dans le duodénum au moment même où il sera absorbé; elle vous démontrera les avantages que le titrage des baumes *résines présente dans un cas où le secret du* traitement n'est pas la moindre condition qui s'impose au médecin; elle vous permettra d'apprécier enfin l'heureuse innovation du copahivate de soude.

Enfin, messieurs, vous pourrez constater par vous mêmes les bons résultats que fournit l'usage, dans les hémorrhagies, de l'*Eau hémostatique de Léchelle* ou, dans les troubles de la menstruation, celui des *capsules d'apiol de Joret et Homolle* qui doivent à leur préparation méticuleuse la juste réputation dont elles jouissent.

Nous avions, peut être, vous le rappelez-vous, proposé, l'an dernier, la création d'un prix de thérapeutique et de matière médicale destiné à encourager les travaux personnels sur les médicaments qu'annonce le *Concours*. Des difficultes d'ordre pratique nous ont contraints d'ajourner cette création sur laquelle nous avions fondé quelques espérances. Vos communications, que je sollicite encore, nous permettraient d'apprécier ce que cette idée pouvait avoir de fécond et, qui sait? de lui donner peut être satisfaction dans une certaine mesure.

Il faut, dans une organisation comme la nôtre, savoir tout prendre au sérieux, et en vérité nous ne croyons pas abuser quand nous vous demandons quelques instants de réflexion et quelques lignes d'écriture.

Comment, d'ailleurs, sans ce concours direct de votre part, nous serait-il possible de résoudre certaines questions qui nous sont soumises?

Il s'est agi dernièrement de remplacer la maison de droguerie que nous avions acceptée comme fournisseur commun : en dépit de notre bonne volonté, nous n'aurions pu arriver à une solution satisfaisante si nous n'avions exactement connu vos aspirations et vos besoins. Nous avons fait appel à votre compétence, et c'est sur vos réponses elles-mêmes que nous nous sommes basés pour conclure un traité avec la *Maison Figarol*.

Cette maison qui porte le nom de Droguerie des médecins de France, qui ne fournit que des médecins, qui, par conséquent, est dévouée aux intérêts des médecins, vous donnera, nous en sommes convaincus pleine et entière satisfaction. Nous ne reproduisons pas ici les raisons de ce choix, — vous les avez lues dans le *Concours*, — mais nous devons constater l'empressement avec lequel il a été ratifié par ceux d'entre vous qu'il intéressait plus spécialement.

Avant de terminer, laissez-moi, messieurs, insister un peu sur cette question des fournisseurs communs. Certains d'entre vous, je le sais, la regardent comme un peu secondaire : Nous ne saurions partager leur avis. Dans une œuvre de solidarité professionnelle telle que la nôtre, il ne faut rien négliger : chaque fois que nous réunirons nos efforts, nous montrerons notre force véritable, et chaque fois que nous montrerons notre force, nous obtiendrons d'heureux résultats.

Rappelez-vous donc, messieurs, lorsque vous aurez quelque commande à faire, le nom des maisons que vous propose le *Concours*. Outre les avantages particuliers que vous y pourrez rencontrer, vous trouverez l'occasion d'affirmer cette solidarité dont nous commençons à recueillir les fruits.

Vous avez donné au service du *vaccin* une importance telle que, parfois, il a été impossible de suffire aux demandes, et que force a été de faire attendre quelques-uns d'entre vous, — notre plus cher désir serait de constater partout le même empressement.

Les maisons *Dupont*, *Chardin*, *Walter-Lécuyer*, vous assurent une construction irréprochable des appareils ; quant à la maison *Galante*, vous l'estimez assez pour que je n'aie pas besoin de faire son éloge : Laissez-moi seulement vous rappeler les heureuses modifications qu'à votre intention, elle a fait subir à certains instruments — les *modèles du Concours médical* se recommandent à vous par leur commodité, leur simplicité et leur prix relativement peu élevé.

Je dois mentionner encore la maison *Pâtre* plus spécialement à portée des médecins de la région du centre, et aussi l'établissement si remarquablement installé par M. le Dr Chevandier pour le traitement thermo-résineux des maladies rhumatismales, et enfin l'établissement hydrothérapique du Dr Lordereau à Saint-Florentin. Vous y avez maintes fois recouru pour le plus grand bien de vos malades.

Je n'ai pas, vous le savez, à vous parler des annonces extra-médicales : elles sont du ressort du Comité d'administration.

Et maintenant, messieurs, laissez-moi, en terminant ce rapport, remercier chaleureusement, en votre nom, tous ceux qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils et de leur expérience. Ces remerciements s'adressent à plusieurs d'entre vous, mais ils s'adressent aussi à quelques-uns des pharmaciens dont je viens de vous citer les noms : nos relations avec eux ont toujours été empreintes de la loyauté la plus parfaite, de la cordialité la plus franche, et nous manquerions à nos devoirs si nous ne leur donnions ici un témoignage public de notre reconnaissance.

Enfin, messieurs et chers confrères, votre rapporteur lui-même ne saurait oublier la bienveillance et la confiance sympathique qu'il n'a cessé de rencontrer près de tous, de notre excellent directeur, de ses collègues des comités, de vous aussi qui, en aucune circonstance, ne lui avez refusé vos témoignages. Si parfois je n'ai pu, comme je l'aurais voulu, répondre personnellement à toutes les communications que vous avez bien voulu m'adresser, ce n'est pas, vous le savez bien, par indifférence, et vous ne m'en avez pas gardé rancune. *Applaudissements.*

III

RAPPORT DU COMITÉ DE RÉDACTION

M. le Dr GEOFFROY, *Secrétaire du Comité de rédaction*, donne lecture du rapport de ce comité.

Messieurs et Chers Confrères,

Sans vous parler de programme, ni de méthode, points sur lesquels je n'ai plus rien à vous apprendre, puisque nous nous connaissons depuis longtemps déjà, je vais, sans autre préambule, causer avec vous des principales questions qui ont été traitées dans le journal depuis notre dernière réunion. Ce sera pour moi l'occasion de vous remettre en mémoire, en les résumant brièvement, les travaux que nous avons publiés; d'appeler de nouveau sur eux votre attention; de solliciter votre discussion sur les points qui vous en paraîtraient susceptibles; enfin de rendre hommage à ceux de nos confrères qui ont bien voulu nous prêter leur utile appui.

Comme les années précédentes, je passerai d'abord en revue les sujets scientifiques, pour n'aborder qu'en dernier lieu la chronique professionnelle.

Le sujet qui a le plus préoccupé les médecins cette année est, sans contredit, l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en France pendant plusieurs mois, et qui a soulevé, à l'Académie, une retentissante discussion, dont le compte-rendu vous a été donné au Bulletin. Je n'ai pas l'intention de revenir sur tout ce qui a été dit à ce sujet, et je laisserai surtout de côté les questions d'étiologie et de pathogénie, la question des microbes et toutes celles qui pourraient nous diviser: chaque médecin a, sur ces points, des vues particulières souvent exclusives. Mais il serait cruel d'avoir consacré un temps aussi long à l'étude d'une seule maladie, si nous n'en avions retiré un enseignement pratique. Cet enseignement, c'est que la mortalité, dans la fièvre typhoïde, n'a pas été diminuée par l'emploi des méthodes issues des théories nouvelles et que, pour la grande majorité des médecins français, le traitement des symptômes est encore le plus certain. Je n'insiste pas, ayant eu l'occasion de développer cette manière de voir dès le commencement de la discussion; je rappellerai seulement que c'est aussi à cette conclusion qu'était arrivé notre excellent collaborateur, M. Paul Gerne, dans un article déjà ancien, qui fait le plus grand honneur à sa perspicacité.

Plus récemment, un autre de nos collaborateurs, M. Arnaud, de *Saint-Gilles du Gard*, entrait aussi, indirectement, il est vrai, dans cet ordre d'idées, lorsque, dans un article très sagement conçu, il insistait, avec beaucoup de raison, sur l'influence que les constitutions individuelles exercent sur la marche de la fièvre typhoïde, sur son pronostic, sur sa terminaison, la thérapeutique restant d'ailleurs sensiblement la même. La constitution individuelle des différents malades qui sont atteints de la même maladie, voilà, en effet, l'écueil contre lequel viennent échouer les statistiques : sur cent typhoïdiques, combien y en a-t-il qui soient semblables et par conséquent vraiment comparables?

Comment donc résoudre uniquemment par des chiffres un problème dont un des facteurs n'est pas susceptible d'être représenté arithmétiquement?

Il importe pour juger une méthode thérapeutique nouvelle, d'avoir un très grand nombre d'observations: telle est la remarque que nous ferons à MM. Léonide Guichard, Lardier *de Rambervillers* et Bertin de *Gray*, qui se sont faits, dans nos colonnes, les éloquents défenseurs de la méthode préconisée par un éminent praticien de Pau, le Dr Duboué. Nos confrères ont soutenu, avec beaucoup de talent, que l'ergot de seigle était le meilleur des médicaments que l'on pût donner aux typhoïdiques : peut-être ne sont-ils pas arrivés à nous convaincre qu'il faut le donner à tous, mais, en appelant notre attention sur cet agent, ils nous ont remis en mémoire que ses propriétés très actives pouvaient être opposées, avec quelques chances de succès, à certains accidents de la maladie. En admettant que les indications à l'emploi du seigle ergoté doivent être ainsi bornées, — c'est ici une opinion personnelle que j'exprime, — le service, que nos confrères nous ont rendu, n'en est pas moins très réel et nous leur en devons faire nos sincères remerciments, taut en leur affirmant que nous aurons le plus grand plaisir à prendre connaissance de la suite de leurs études, s'il veulent bien nous en tenir au courant.

Cette discussion sur la fièvre typhoïde a eu encore un autre mérite, celui d'appeler l'attention des médecins sur les questions d'hygiène: ici l'accord est unanime, et nous pensons que les règles d'une hygiène sévère diminueraient singulièrement, si elles étaient sérieusement suivies, le chiffre des malades et celui des morts: telle est la pensée qui a inspiré quelques pages très philosophiques à M. le Dr Massaloup, avant-propos d'une œuvre plus considérable que nous souhaitons à notre confrère de mener à bonne fin dans un délai aussi rapproché que possible.

Après la fièvre typhoïde, c'est peut-être la tuberculose qui a le plus divisé le monde médical: la découverte des bacilles de cette maladie par Koch a soulevé de nouveau la question de la contagion de la tuberculose dont les travaux antérieurs de Villemin avaient déjà démontré la possibilité. La discussion est ouverte entre contagionnistes et anti-contagionnistes, et nous espérons bien que, l'attention des praticiens étant éveillée sur ce point, la lumière ne tardera pas à se faire. Notre excellent collaborateur M. Poulet, membre de notre Comité de rédaction travailleur infatigable et chercheur émérite, a déjà apporté sa pierre à l'édifice : c'est un anti-contagionniste. Son mémoire sur l'application du coefficient de la mortalité à l'étude de la contagion de la phthisie est remarquable à plus d'un titre. Non seulement, en effet, il met en relief toutes les qualités d'observateur et de savant de notre confrère, mais il indique de quelle façon on doit procéder à de pareilles recherches; il montre que c'est le médecin de campagne qui est le mieux placé, en pareil cas, pour arriver à la vérité. Le médecin, à la campagne, vit plus dans l'intimité de ses clients qu'à la ville, il les suit plus longtemps, il lui est enfin plus facile de remonter aux antécédents et d'avoir une connaissance exacte de toutes les circonstances qui peuvent le renseigner. M. Poulet a donc non seulement produit un bon ouvrage, mais donné un excellent exemple, qui, nous l'espérons, ne manquera pas de trouver des imitateurs.

M. Poulet, ai-je dit, est un travailleur infatigable, et je le prouve : aucune des branches des sciences médicales ne lui est étrangère; la plume qui a produit l'année dernière le remarquable memoire sur le suc gastrique, qui a écrit cette année le travail dont nous venons de parler plus haut, vient de nous donner, tout dernièrement, une étude très approfondie de

l'opération césarienne et des moyens propres à rendre cette opération moins meurtrière.

Les travaux de notre confrère prouvent à la fois une longue pratique et une érudition solide. Ce sont des modèles du genre que le Comité de rédaction voudrait voir adopté par tous ceux de nos confrères qui nous adressent des communications. A côté de ceux-là ,je puis d'ailleurs vous en citer qui sont excellents aussi.

Tels sont : l'observation de luxation de l'astragale avec renversement du Dr DEVOISINS, de *Rabodange*; les observations de coma prolongé, suite d'une chute sur le siège du Dr ARNAUD, de *Saint-Gilles du Gard*, — d'attaques épileptiformes, seul symtôme d'une hernie étranglée, du Dr LIÉGEOIS, de *Bainville-aux-Saules* ; — le travail sur les congestions pulmonaires chez les enfants, du Dr SÉJOURNET.

Je pourrais vous en citer d'autres encore, mais je suis obligé de me hâter, et il faut bien que je me contente d'adresser mes remercîments à messieurs LANGLAIS, de *Pontivy*, EBRARD, LEMAIRE, du *Tréport*, GRELLOT, de *Giromagny*, pour la peine qu'ils se donnent à contribuer à notre œuvre.

Le moment est venu de vous entretenir de l'étude de M. le Dr RIZAT, pour laquelle le Comité a cru devoir demander une portion du PRIX DU CONCOURS.

Les affections de la peau sont certainement celles que le pratricien connaît le moins, parce qu'il a moins souvent à les observer : aussi est-il quelquefois fort embarrassé de leur appliquer un traitement convenable, et cela d'autant plus que, presque toujours, elles opposent à nos soins une résistance vraiment opiniâtre, soit par suite de la constitution du malade et du génie même de la maladie, soit parce que ceux-ci ne consentent pas à se soumettre à un traitement suffisamment sévère et prolongé.

Le travail de M. Rizat est fort original, en ce sens que, tout en respectant les anciennes classifications fondées sur la forme anatomique de la maladie, il tend à adopter l'idée de faire rentrer celles-ci dans deux grandes divisions primordiales; les Dermatoses névropathiques, et les Dermatoses parasitaires. Cette distinction d'origine, si elle venait à se généraliser à toutes les affections cutanées, comme l'auteur cherche à le démontrer, constituerait, pour chacune d'elles, une indication thérapeutique qui dominerait dès lors tout le traitement, et augmenterait singulièrement ses chances de succès.

Messieurs, le nom de M. Rizat n'est pas nouveau pour vous et vous le connaissez déjà par les *Revues* qu'il nous donne des maladies syphilitiques et cutanées; le Comité est certain que, dans votre pensée, vous ratifierez le choix qu'il a fait.

Les communications des membres de notre Société ne peuvent évidemment porter que sur l'observation des cas intéressants qu'ils rencontrent : elles sont souvent fort instructives, ainsi que nous l'avons vu, mais leurs sujets sont nécessairement assez limités. C'est là ce qui crée, à nos yeux, l'utilité des articles de médecine et de chirurgie pratiques, dans lesquels, laissant de côté ce que chacun peut lui-même trouver dans les livres classiques, les auteurs s'efforcent de mettre en relief les progrès les plus récents de la science, en s'attachant à développer de préférence le côté clinique des sujets qu'ils traitent.

C'est ainsi que M. BARETTE nous a récemment exposé les dernières transformations des pansements antiseptiques; c'est ainsi que, se fondant sur des observations personnelles nombreuses, et sur d'autres puisées dans la pratique de nos maîtres, il a su condenser, en un nombre de pages relativement restreint, « un des problèmes les plus difficiles de la chirurgie pratique, » les indications opératoires qui résultent des grandes blessures des membres. — Feuilletez nos ouvrages classiques, nulle part vous ne trouverez le diagnostic différentiel des maladies du testicule élucidé d'une façon aussi précise, aussi frappante que dans le travail vraiment magistral de notre collaborateur.

C'est que M. Barette se soucie peu de répéter ce qui est partout : c'est un clinicien qui connaît les difficultés du diagnostic et qui se propose de les aplanir par une analyse fine et serrée de tous les symptômes. Le diagnostic est, en effet, le point autour duquel tourne tout l'art du praticien, et le traitement n'a, vous le savez, de valeur véritable, de succès assuré, qu'autant que le diagnostic a été bien établi et complet.

Cette proposition n'est pas moins vraie en médecine qu'en chirurgie : voilà pourquoi, ainsi que vous l'avez certainement remarqué, le diagnostic est le but principal auquel tendent presque tous les articles de M. PAUL GERNE. Je vous rappellerai, à ce propos, les bronchites, la péricardite, les maladies de la moelle, etc., il faudrait tous les citer. Messieurs, je n'ai pas besoin de recommencer ici l'éloge de M. Paul Gerne, éloge que j'ai déjà eu le plaisir de faire plusieurs fois : je sais, d'ailleurs, combien vous goûtez sa manière. Je rappellerai seulement que, cette année, notre collaborateur a élargi un peu le cercle de son activité : à l'étude des maladies de l'adulte, il a joint celle des maladies de l'enfant, et, actuellement, il traite, avec le même bonheur, certaines questions de gynécologie qui ne sont pas les moins ardues de la pratique. Enfin, de temps en temps, pour donner un peu de variété à son cadre, il fait, sur des médicaments importants, des études de thérapeutique clinique, qui lui permettent de revenir et d'insister, sans s'exposer à des redites qui sont toujours fastidieuses, sur des questions précédemment traitées sous une autre forme : tels sont la quinine, les bromures, la morphine, le fer, etc.

Si, en effet, nouscroyons comme nous venons de

le dire, que le diagnostic est la base de la médecine et de la chirurgie, nous ne négligeons pas pour cela la thérapeutique ; et, cette année, nous avons complété les Revues de la presse et des Sociétés savantes par une Revue de thérapeutique, grâce à laquelle le praticien pourra suivre plus facilement les progrès accomplis par cette branche de notre art.

C'est en rendant compte des travaux de la Société de thérapeutique que nous avons été amené à parler de la question des doses maxima. Une intéressante communication de notre confrère le Dr Cascua, *d'Oloron* : « Sur la manière d'administrer les médicaments, » nous a forcé à dévolopper notre pensée, à exposer les motifs qui nous paraissaient militer en faveur de la conservation de ces doses maxima tant attaquées. Et comme notre confrère et ami Gassot mûrissait depuis longtemps cette question, nous avons saisi l'occasion de le prier de nous donner son avis. Avec cette bienveillance et cette facilité de travail qui lui sont propres, il s'est hâté de répondre à notre désir et nous avons été heureux d'offrir à nos lecteurs la primeur d'articles de thérapeutique générale très bien étudiés, sur la tolérance en thérapeutique et sur les doses. Bien qu'embrassant un sujet un peu aride, par suite de sa généralité même, les articles du Dr Gassot sont intéressants et instructifs, en ce qu'ils rappellent le praticien aux principes d'une saine méthode, qu'on avait essayé d'obscurcir, de discréditer, au moyen d'équivoques, de confusion de mots dont il a fait justice.

Dans ce travail où la discussion est si sobre, si bien conduite, nos lecteurs ont dû reconnaître la plume qui rédige, avec tant de soin, ces articles de thérapeutique appliquée que le *Concours* a eu le mérite de substituer aux vulgaires annonces dont se contentent les autres feuilles.

Le *Concours médical* professe, vous le savez, en matière de publicité, des opinions toutes particulières : proscrivant les remèdes qui guérissent tout et sont utiles surtout à ceux qui les vendent, il choisit, parmi les médicaments sérieux, ceux qu'il juge les meilleurs et les plus utiles et les admet seuls sur sa couverture; enfin, il se refuse à laisser introduire dans les colonnes de son texte, toute espèce de réclame, si bien déguisée qu'elle soit : le Secrétaire de la rédaction a la consigne,—consigne fidèlement observée, vous pouvez m'en croire, — de retrancher impitoyablement des communications qui nous arrivent, toute indication concernant des produits spécialisés, tout nom de source minérale, quelle qu'en soit du reste la valeur. Par contre, dans les pages annexées au corps du journal, il est fait une étude raisonnée des produits adoptés par le Comité d'études des annonces. Sachant qu'il s'adresse à des praticiens sérieux qu'il respecte, le Secrétaire de ce comité fait cette étude d'une façon absolument médicale et pratique. Aussi pourrais-je citer bon nombre de ces études, de la lecture desquelles il y a grand profit à retirer. C'est le meilleur compliment que nous puissions adresser à notre ami Gassot, pour le remercier de s'être chargé de cette lourde besogne.

En terminant cette première partie de mon rapport, je dois aussi adresser des remerciements aux auteurs de Revues étrangères, MM. Fischer, Picard et Chaumier, dont les travaux nous permettent de tenir nos lecteurs au courant des progrès que la médecine fait en dehors de notre pays. Enfin, M. Baudry, de *Lille*, a grandement droit aussi à notre reconnaissance, pour la peine qu'il se donne à nous initier aux parties les plus pratiques de l'ophthalmologie : il apporte à cette tâche un zèle au-dessus de tout éloge, et il y déploye des qualités réelles d'enseignement que nous n'avons pas été seuls à reconnaître en lui, puisqu'elles lui ont valu le titre d'agrégé en chirurgie au dernier concours, succès mérité, dont nous le félicitons tous ici bien cordialement.

II

Messieurs, ce qui a donné au *Concours médical* une physionomie si particulière, ce qui lui a assuré une place à part parmi les organes de la presse médicale, c'est que ce journal, lu par des praticiens, écrit par et pour des praticiens, a réservé une place importante dans ses colonnes à la recherche des améliorations qu'il est possible d'apporter à la situation matérielle du médecin. Hélas ! nous savons tous, par expérience, combien cette situation est souvent critique, quelle patience, quelle abnégation sont nécessaires dans l'exercice de notre profession! Nous nous faisons un devoir d'adoucir les maux des autres, de prolonger leur existence, même aux dépens de la nôtre : en retour de ces services, dont elle sait pourtant bien qu'elle ne pourrait se passer, la société ne s'occupe de notre existence que pour limiter sévèrement nos droits et nous imposer des obligations souvent fort lourdes et même fort onéreuses.

Telles sont les considérations qui ont donné naissance à notre chronique professionnelle.

La chronique professionnelle du *Concours médical* s'est d'abord alimentée de nos plaintes, des réclamations que soulevaient les injustices dont nous sommes tous les jours victimes :

« A raconter ses maux souvent on les soulage. »

Cette sorte de soulagement pourrait paraître un peu trop platonique, si elle ne présentait, en réalité, un autre avantage d'une efficacité plus saisissable : peu à peu ceux qui ont les mêmes plaintes à faire entendre, après avoir uni d'abord leurs voix, songent à unir leurs efforts, pour chercher ensemble les remèdes applicables à leur condition ; et bientôt ils s'aperçoivent que cette union même est le remède souverain qu'ils souhaitaient.

Fondé en 1879 par un médecin dévoué aux intérêts de sa profession, le Dr Cézilly, notre Directeur, dans le but de recueillir et d'examiner les nombreux *de-*

siderata du corps médical, le *Concours médical* recommandait, dès 1880, la création des Syndicats dont le Dr MARGUERITTE s'était fait l'apôtre éloquent. Dès ce moment, les Syndicats commencèrent à s'organiser, lentement d'abord, puis de plus en plus rapidement, à mesure que se répandait la connaissance des bienfaits de ce genre d'association. Mais il est dans l'ordre des choses que toute idée nouvelle ait, pour s'établir, à lutter d'abord contre l'indifférence, puis contre les sentiments de défiance que lui témoignent les représentants des institutions déjà existantes qui craignent de voir leur domaine attaqué et envahi par la nouvelle venue.

A Monsieur BARAT-DULAURIER est échu ce rôle important de défendre les Syndicats contre les indifférents ou les sceptiques; de mettre en relief les effets qu'ils étaient capables de produire et produisaient en effet chaque jour; de prouver, enfin, qu'ils ne faisaient pas double emploi avec les institutions de secours et de charité, et que, loin d'avoir l'intention coupable de faire table rase de tout ce qui les avait précédés, ils ne cherchaient qu'à se faire petits, *tout petits*, et à se développer doucement à l'ombre de leur sœur aînée, la haute et puissante Association générale.

J'ai déjà eu assez souvent l'occasion d'examiner ces différents points devant vous, et la chronique des Syndicats y est revenue assez de fois pour que je puise me dispenser de les reprendre aujourd'hui. D'ailleurs, la lumière est faite pour ceux, du moins, qui veulent voir clair et regarder : la preuve, vous vous le rappelez, c'est que, dans sa dernière Assemblée, l'Association générale a fini par accepter de très bonne grâce l'existence des Syndicats, pourvu qu'ils fussent tels que le *Concours médical* les avait toujours recommandés, c'est-à-dire limités à une région restreinte, et animés d'un esprit large et libéral.

Le Comité de Direction a cru devoir témoigner à M. le Docteur Barat-Dulaurier la satisfaction qu'il éprouvait de lui voir mener cette campagne d'une façon si brillante, et il lui a demandé de vouloir bien accepter uue partie du PRIX DU CONCOURS. Ce n'est pas que notre confrère n'eût mérité, par son talent et son dévouement, le prix tout entier; mais ce sont nos ressources qui, sur ce chapitre, ne sont pas très larges, de sorte que M. Barat-Dulaurier a dû partager avec MM. Rizat et Mignen : vous voyez qu'il s'est trouvé en bonne compagnie.

M. MIGNEN est un de nos plus anciens adhérents et collaborateurs : il est, de plus, membre de notre comité de rédaction, ce qui gêne un peu votre rapporteur pour dire tout le bien que nous pensons tous de lui. L'œuvre capitale de M. Mignen au CONCOURS, c'est l'étude qu'il a faite des différents modes dont la médecine cantonale est susceptible d'être pratiquée; ce sont les sages conclusions qu'il a tirées de cette étude et qui devront à l'avenir faire la base de toute réglementation en la matière.

La médecine légale et les honoraires médico-légaux nous ont valu, cette année, un grand nombre de communications : c'est toujours le fameux décret de 1811 qui soulève les justes réclamations du corps médical; il s'agit de savoir comment nous ferons pour forcer la main à l'Administration qui ne veut pas nous entendre. M. LARDIER nous a raconté, avec beaucoup de verve, les épisodes variés de la grève médico-légale de Rambervillers, grève qui s'est dénouée devant les tribunaux : et ceux-ci, chose rare et singulière, ont fini par reconnaître le droit des médecins ! — Après les communications de M. Lardier, je rappelerai celles de MM. BERTIN, *de Gray*; LEMARCHAND; LÉCUYER, *de Beaurieux*; VAUTHIER, *de Vandeuvre*; BIDARD; ENGEL; BOUCHER ET CARREZ. Enfin, à leur tour, la plupart des Syndicats ont repris la question : le Dr BOELL *de Baugé*) a passé tout récemment en revue les conclusions adoptées par un grand nombre de ces sociétés sur le mode de conduite proposé par le Dr CASSIUS, au nom du Syndicat de Lot-et-Garonne. C'est, qu'en effet, la question de l'exercice de la médecine légale est une de celles que la bonne entente des confrères de la même région peut seule résoudre.

J'en dirai autant de la loi Roussel : notre excellent collaborateur, M. le Dr BIBARD, a indiqué, avec beaucoup de tact, la solution du plus grand nombre de difficultés que présente l'application de la loi pour la protection de l'enfance; mais c'est ici surtout que les difficultés varient suivant les régions, et que, par conséquent, les syndicats régionaux sont le plus à même de prendre des déterminations vraiment utiles. Or, ces déterminations et les discussions qui les ont précédées, il importe, dans l'intérêt de tous, qu'elles soient connues et commentées; voilà pourquoi, malgré les procès-verbaux des syndicats que le *Concours* a insérés, malgré d'excellentes communications de MM. LIMOUSIN-LAMOTHE, MARIE, SUTILS, GANDAUBERT, M. Bibard se plaint de ne pas recevoir autant de documents qu'il lui en faudrait pour être renseigné d'une façon complète.

La Justice et l'Administration ne sont pas seules à nous demander des services pour lesquelles elles ne se croient pas obligées à une *rémunération honnête* : nos confrères ont à lutter tous les jours contre les exigences de sociétés de secours mutuels. Je vous renvoie, pour ce sujet, aux lettres très topiques des Drs DUPEUX, *de Listrac*, ANCELET, et de quelques autres de nos confrères qui comprennent que si, en effet, la charité est une des vertus professionnelles du médecin, ce serait une naïveté de sa part, de se laisser exploiter sous *prétexte* de charité.

Ce qu'il est vrai de dire des Sociétés de secours mutuels ne l'est pas moins des Compagnies d'assu-

rances contre les accidents. Les docteurs Guédeney, de *Chevillon*, Rigabert, de *Taillebourg*, Pintaud-Dessallées, de *La Rochefoucauld*, Compagnon, et de quelques d'autres, nous ont donné, à ce propos, d'excellents renseignements, mais c'est au Dr Pitoy, de *Nancy*, que revient l'honneur d'avoir pénétré jusqu'au fond de la question, de l'avoir élucidée avec autant de compétence que de clarté; et nous savons pertinemment que si ses conclusions très catégoriques ont causé plus de plaisir à nos lecteurs qu'à certaines compagnies, celles-ci, du moins, n'ont pu trouver en défaut ni son expérience, ni sa logique : elles se sont ainsi chargées elles-mêmes d'adresser, à notre très estimable confrère, le meilleur éloge auquel il put prétendre en cette affaire.

Sans m'arrêter à la question des rapports entre médecins et pharmaciens, question délicate entre toutes, mais qui, en somme, n'est encore aujourd'hui que d'un intérêt secondaire pour nous, je ne ferai que rappeler les travaux de MM. les docteurs Gassot, Lachize, etc., et j'arrive immédiatement à l'Exercice illégal dont nous avons, cette année, publié un grand nombre de cas.

L'exercice illégal est toujours la plaie de notre profession : exercice illégal par les pharmaciens, les sages-femmes, les religieux et religieuses, les rebouteurs et par bien d'autres ! Tout le monde veut faire de la médecine; il semble, en vérité, qu'il suffise de ne pas l'avoir étudiée pour désirer l'exercer; et ceux qui l'ont apprise sont peut-être les seuls qui, sincèrement, désireraient ne pas la pratiquer!

Il paraîtrait tout naturel qu'au nom de la santé publique médecin et malade fussent protégés contre le rebouteur à quelque variété qu'il appartienne; mais ce qui paraît le plus naturel n'est pas toujours ce qui est le plus facile à réaliser. Nous avons tout récemment publié un récit bien instructif, qui montre combien l'Autorité tient à fermer les yeux sur les faits d'exercice illégal, tant que le médecin ne se résoud pas à intervenir personnellement, ou tant que n'éclate pas quelque accident trop gros pour ne pas forcer la Justice à sortir de sa majestueuse torpeur : mais alors la poursuite amène une condamnation dérisoire qui fait plus de tort et cause plus de honte à ceux qui l'auraient sollicitée qu'à ceux qu'elle frappe ! En voulez-vous la preuve?

Un brave religieux est *appelé pour soigner* un blessé qui vient d'être pris d'hémorrhagie : vite il court à la pharmacie du couvent pour y *préparer de sa main la potion qu'il a ordonnée :* mais voilà que, par malheur, l'aconit se trouve être à la place de l'arnica, et, au lieu de prendre un médicament simplement inutile, le pauvre malade est empoisonné : 100 francs d'amende ! Ce n'est pas cher et cependant cela dépasse de beaucoup le prix ordinaire : C'est cependant aussi à 100 francs d'amende qu'est condamné ce rebouteur américain des environs de Bourges, — je ne le nomme pas dans la crainte de lui faire de la réclame, — ce rebouteur qui administrait le calomel à la euiller, ouvrait le ventre à celle-ci, enlevait le sein à celle-là. Il tue successivement deux malades, en abîme plusieurs autres, et empoisonne le reste : 100 francs d'amende ! Mais comme ce récidiviste opiniâtre en était à sa troisième condamnation, on le gratifie, par exception, de vingt jours d'emprisonnement. Vous pensez peut-être que les habitants de la région furent heureux d'être débarrassés d'un pareil assassin ? Point du tout : une foule sympathique l'attendait à sa sortie de prison pour lui offrir un punch d'honneur !

Il est nécessaire de réformer une loi qui permet de pareils scandales et tant d'autres que nous ont racontés nos correspondants.

Cette réforme, nous l'avons proposée; un grand nombre de confrères, de syndicats, l'ont acceptée : mais nous ignorons encore à quel moment le Parlement pourra en être utilement saisi. Et, puisque nous parlons de réformes, je vais vous rendre compte, aussi brièvement que possible, des démarches que nous avons faites, le Directeur et le Comité de direction, au sujet de notre projet de révision de la législation. Des visites que nous avons rendues aux différents ministres qui se sont succédé à l'Instruction publique, je ne vous dirai rien, puisque vous en avez trouvé le résultat consigné dans le Bulletin du Journal. Nous avons vu, en outre, quelques députés: tous nous ont conseillé de laisser épuiser les questions politiques pendantes, et de ne lancer notre projet qu'à la rentrée, dès que nous trouverions une occasion favorable pour le faire déposer. Un membre influent du Conseil supérieur de l'Instruction publique nous a tenu le même langage et nous a, de plus, assuré que les réformes que nous proposions ne pouvaient manquer d'être bien vues du Conseil. Nous avons donc l'espoir de faire faire, cet hiver, un grand pas à cette question de révision qui tient si fort à cœur au corps médical.

Messieurs, pour terminer par un sujet qui nous offre aussi les plus belles espérances, — car j'ai gardé les bonnes choses pour la fin, — je vous dirai un mot d'une idée nouvelle, idée que, pour ma part, je trouve fort heureuse, et dont notre honorable Directeur vous a déjà entretenu.

C'est une chose terrible à penser que bon nombre d'entre nous, après avoir passé leur vie à secourir autrui, soient eux-mêmes, alors que l'âge ou les infirmités les condamnent au repos, dénués de ressources et obligés de vivre de la charité de leurs confrères ! Mais, malgré la générosité, malgré le dévouement des membres de l'Association générale, et surtout de son excellent président et de ses hauts dignitaires, il y a impossibilité matérielle à accueillir favorablement toutes les demandes et à faire tout ce

qui serait désirable : ce serait donc un grand service à rendre que de diminuer le nombre de ceux qui ont à réclamer l'assistance confraternelle. Or, messieurs, le meilleur moyen de ne pas avoir besoin des autres est d'avoir su économiser pour le moment où l'on ne peut plus travailler. C'est là ce qu'ont pensé, ce qu'ont effectué un certain nombre de médecins Belges, en fondant une Caisse de pensions de retraite. M. le Dr Ordonneau a bien voulu accepter la tâche de nous expliquer, dans le journal, le mécanisme de cette caisse : il a, je crois, réfuté victorieusement toutes les objections que l'on s'était plu à accumuler contre ce projet confraternel entre tous.

Nous remercions M. le Dr Ordonneau de l'étude très sérieuse qu'il a faite pour nous, de la clarté qu'il a apportée dans ces questions de chiffres, que le médecin a trop souvent le tort de négliger : nous espérons bien que ses efforts ne seront pas perdus, non plus que l'exemple heureux de nos confrères Belges.

Messieurs, pour ne pas abuser de vos moments, car nous avons aujourd'hui beaucoup de choses à faire, je laisse de côté toutes les questions qui n'ont pas un rapport absolument direct avec notre Chronique professionnelle : les articles intéressants, dans lesquels un vieux Gaulois, le Dr Perron, *de Besançon,* nous trace, à sa façon, les règles de l'honnêteté professionnelle; les causeries humoristiques du Dr Barry, *de Royat*; les questions d'enseignement pur : création du doctorat ès-sciences médicales, — des services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris; enfin les questions militaires, comme le service des évacuations sanitaires eu temps de guerre, du Dr Audet, etc., etc. Il y aurait trop à dire, et je me suis déjà laissé entraîner à causer bien longtemps avec vous de choses que vous savez aussi bien que moi.

Je n'aurai cependant pas tout à fait perdu ni mon temps ni le vôtre, si j'ai réussi à vous inspirer quelque reconnaissance pour ceux de nos confrères qui nous ont enrichi de leurs idées et de leurs travaux; si surtout j'ai su vous inculquer le désir de marcher sur leurs traces, de nous apporter le contigent de votre précieuse assistance.

Sans doute, le directeur du *Concours* et ses collaborateurs étudient à fond toutes les questions, lisent beaucoup, cherchent à se renseigner, mais ils ne peuvent tout voir, ni tout sa voir : il faut que vous nous aidiez dans nos recherches, que vous nous signaliez ce qui pourrait nous échapper; au besoin même, que vous nous stimuliez. Voilà, messieurs, votre rôle dans l'œuvre commune. Vous ne devez jamais oublier que notre journal est une tribune ouverte à tous les membres de notre société; chacun d'eux a le droit, je dirai presque le devoir, d'y venir dire ce qu'il sait, et ce qu'il pense, comme de nous communiquer les faits vraiment intéressants de sa pratique, pourvu, bien entendu, qu'il le fasse sous une forme acceptable et que son intervention puisse être utile à ses confrères ; car il ne faut pas oublier que nous avons, à notre activité, une limite matérielle, limite à l'observation de laquelle notre imprimeur saurait bien nous rappeler, si nous pouvions la perdre un instant de vue : c'est le nombre de nos colonnes.

Mais, je le répète, nous tenons, avant tout, à ce que toutes les discussions soient approfondies, complètes; et, pour cela, il est bon que toutes les manières de voir se fassent jour. C'est vous dire, messieurs, que ni la Direction, ni la Rédaction n'entendent prendre la respensabilité de toutes les idées, souvent contradictoires, qui viennent à se produire. A chacun appartient la responsabilité de ses écrits et de ses actes. C'est la seule manière de respecter l'indépendance de tous et d'arriver à des solutions sérieuses, bien étudiées et représentant véritablement les aspirations du plus grand nombre. Mais encore ne faut-il pas qu'ouvrant un beau jour notre journal, et tombant sur tel ou tel article dans lequel un de nos correspondants exprime des idées absolument personnelles, on vienne ensuite nous dire : Voilà, sur ce point, l'opinion du *Concours* !

Le tort des personnes qui parlent aussi légèrement est de ne pas lire assez régulièrement le *Concours* ; or, je sais, messieurs, que c'est là un reproche que je n'ai pas à vous faire.

(*Applaudissements*).

IV

RAPPORT DU COMITÉ D'ADMINISTRATION

La parole est enfin donnée à M. le Dr Fischer, *secrétaire du Comité d'Administration*, pour lire le rapport de ce Comité.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous exposer la situation financière du *Concours médical* au 1er juillet 1883. Je vous rendrai compte, ensuite, de l'emploi des crédits dont l'Assemblée générale dernière a déterminé les affectations. Après, si vous le voulez bien, nous établirons de concert, et d'une manière approximative bien entendu, le budget des dépenses de l'exercice en cours, celui des recettes restant à peu près le même, sauf le cas où de nouveaux traités seraient signés dans le cours de l'année. En dernier lieu, je vous mettrai au courant de la situation de la caisse de prévoyance des Assurés sur la vie.

Inventaire.

Au 1er juillet 1882, nous possédions comme actif

tant disponible qu'indisponible, la somme de 13,628,82.

La balance entre le passif et l'actif au 1er juillet 1883 est de 24,389,42 au profit du *Concours*.

En effet, nous avons:

Actif disponible	21,819,17	Total de l'Actif	27,877,42.
Actif immobilisé	6,058,25.		
Passif	3,488 »	Passif	3,488 »
Balance	24,389,42	Balance	24,389,42

Cette somme est représentée par :

Immobilisé	6,058,25
Débiteurs divers	2,773,09
Valeurs	7,959,25
Espèces	11,086,83
Total	27,877,42

Cette année, nous ne comprenons pas dans l'actif les sommes dues pour publicité au 1er juillet et d'un recouvrement certain, elles se retrouveront dans le cours de l'exercice.

La somme disponible au 1er juillet 1883 dépasse donc la somme disponible au 1er juillet 1882 de 10,740,40.

Cet excédent est dû en partie au rendement des produits annoncés par le *Concours*. Vous nous permettrez, à ce propos, de vous féliciter tous de ce résultat dû à notre entente, et fait pour nous permettre de bien augurer de l'avenir de notre Société.

La somme de bénéfices disponible l'année dernière, et sur l'emploi de laquelle il a été statué par l'Assemblée générale, a été utilisée de la façon suivante :

Fonds de réserve :	2.000 »	(Somme prévue).
Il a été dépensé de ce chef:	0	
Donc, il reste :	2,035,45	00
Prêts aux Syndicats :	1,000 »	id.
Il a été dépensé de ce chef :	212,85	
Donc, il reste :	787,15	
Révision de la Législation :	1,000 »	id.
Il a été dépensé de ce chef :	54,50	
Donc, il reste :	945,50	
Remplacements gratuits :	2,600 »	id.
Il a été dépensé de ce chef :	700 »	
Donc, il reste :	1,900 »	
Annuaire médical :	1,000 »	id.
Il a été dépensé de ce chef :	0	
Donc il reste :	1,000 »	

Monsieur le directeur du *Concours* vous a exposé pourquoi les sommes votées n'ont pas été ou ont été incomplètement défensées.

En ce qui concerne les remplacements gratuits trois de nous seulement ont cru devoir user de ce droit.

Nous sommes persuadés, qu'un certain nombre de confrères malades hésitent par discrétion à user de cette ressource. En augmentant ce chapitre, nous espérons leur prouver que cet argent est bien à leur disposition, et qu'il est inutile que le budget du médecin malade soit encore grêvé du fait même de sa maladie.

En résumé, nous n'avons pas complètement dépensé les sommes prévues, et il nous reste : un reliquat de 4,597,20, auquel il faut joindre 178.82 restant de l'année dernière, nous vous proposons d'ajouter le tout à la somme disponible, soit 15,516,42 à la disposition de l'Assemblée.

Budget de prévision.

Comme les années précédentes, les chiffres que nous vous soumettons sont tirés de nos traités de publicité et des recettes variables que nous pouvons faire dans le courant de l'année. Les dépenses prévues sont également établies sur la base des dépenses de l'année précédente.

Dépenses prévues.

1o Journal	30,300 »
2o Frais généraux	3,850 »
3o Employés	3,000 »
4o Comités et réunions	2,000 »
5o Loyer et impositions	2,200 »
6o Rémunération des secrétaires à 1 0/0 sur 60,000 fr	1,705 50
7o Rémunération statutaire de la direction à 10 0/0 sur 60,000	5,280 »
8o Frais imprévus	500 »
Total :	48,835,50

Recettes prévues.

1o Recettes assurées par traités	52,800 »
2o Recettes éventuelles calculées sur le chiffres de l'exercice antérieur	4,050
Total :	56,850 »

Balance.

Total des recettes prévues	56,850 »
Total des dépenses prévues	48,835 50
Excédent prévu :	8,014 50

Situation de la Caisse de Prévoyance :

Elle possède :

7 Obligations communales 1879 se montant à : 3,220,20

Plus : 2 Obligations foncières 1883 se montant à :........................ 660 »
Plus dans la Caisse du *Concours* en espèces :.............................. 376,53
TOTAL.................. 4,256,73
Excédent sur l'année dernière........... 821,14

Valeurs déposées avec celles de la société civile, à la banque de France.

Par conséquent, Messieurs, les espérances que vous a exprimées l'honorable Dr Lebrun, à la dernière Assemblée générale, se trouvent non seulement réalisées mais dépassées, et nous pouvons, dès aujourd'hui, envisager le moment, pas très éloigné, où le *Concours médical* assurera par ses deniers, comme par son influence morale, le triomphe de la solidarité professionnelle, but de nos efforts communs. (*Applaudissements*)

M. le Dr CÉZILLY rappelle à l'Assemblée que les rapports qu'elle vient d'entendre ont été adoptés hier à l'unanimité, par les membres présents des Comités. Il donne la parole à ceux des assistants qui auraient quelque observation à présenter.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix les résolutions suivantes :

V

RÉSOLUTIONS

1° L'assemblée approuve les rapports qui viennent de lui être présentés sur l'exercice 1882-1883, *et elle en accepte les conclusions.*

2° L'Assemblée vote l'Encaissement, par la société civile du CONCOURS MÉDICAL, *de la somme de 10,740 fr. 43 représentant la fraction 90 0/0 qui, d'après l'article des statuts, lui revient sur les bénéfices réalisés pendant l'année, juillet* 1882, *à juillet* 1883,

L'ordre du jour appelle la discussion et le vote fixant l'emploi des 10.740 fr. 43centimes auxquels doit-être ajoutée la somme de 4.776 fr. 02 centimes, reliquat des sommes affectées l'an dernier à divers services et qui n'a pu être employé.

VI

Vote de l'emploi de la somme de bénéfices disponible

Le Conseil des Comités, conformément à l'article XIII du Règlement concernant les comités, propose à l'Assemblée générale les affectations suivantes :

1° Une somme de *deux mille francs sera portée à la réserve* créée par décision de l'Assemblée générale du 23 septembre 1882.

La réserve serait ainsi portée à 4.035, 45.

ADOPTÉ A L'UNANIMITÉ.

2° Une somme de *cinq mille francs sera affectée au service des remplacements gratuits* créé par la même Assemblée générale du 23 septembre 1882.

(*Applaudissements répétés.*)

M. le Directeur appelle l'attention sur le fait suivant : quelques confrères, sans être atteints d'une véritable maladie, mais simplement fatigués du rude labeur de leur année, et obligés, pour ce motif, de prendre un peu de repos, ont demandé s'ils étaient dans le cas prévu pour être remplacés gratuitement. Il importe que l'Assemblée tranche elle-même la question, afin que le Comité de Direction ait à l'avenir sa conduite toute tracée dans ces cas fort délicats.

Après une discussion assez longue, a laquelle ont pris part MM. Lardier, Bigourdan, Landur, Rigabert, Leroy, Massaloup, Launay et les membres du Bureau, le Secrétaire propose la rédaction suivante qui lui paraît exprimer la pensée de la majorité de l'Assemblée: *L'allocation ne pourra être accordée qu'à un confrère atteint d'une maladie dûment constatée et l'empêchant de visiter sa clientèle.* — Le maximum de durée du remplacement gratuit est fixé à trente jours.

ADOPTÉ A L'UNANIMITÉ.

L'Assemblée exprime, en outre, le désir que la demande soit, d'une façon générale, adressée par le médecin *traitant*, que celui-ci soit, ou non, membre du *Concours médical.*

3° Il y a lieu de maintenir une somme de *mille francs pour les travaux de la Révision de la législation médicale.*

ADOPTÉ.

4° Le *Concours médical* étant l'organe autorisé des Syndicats médicaux, le Conseil des Comités propose la *création d'un supplément mensuel au jour-*

nal, destiné à la publication des procès-verbaux des syndicats.

Une somme de *deux mille cinq cents francs* est affectée à cette destination.

ADOPTÉ A L'UNANIMITÉ.

5° Une somme de *mille francs* est maintenue pour *prêts et encouragements aux syndicats.*

ADOPTÉ A L'UNANIMITÉ.

6° Le Conseil des Comités, estimant que l'action des syndicats sera notablement augmentée par la création d'une commission chargée de poursuivre l'exécution des vœux émis par ces syndicats, propose de mettre une somme de *mille francs à la disposition de la Commission qui sera formée ultérieurement.*

ADOPTÉ A L'UNANIMITÉ.

7° Le Conseil des Comités propose la nomination d'une *Commission de trois membres*, chargée d'étudier le fonctionnement d'une *Caisse des pensions de droit.*

Une somme de *mille francs est mise à la disposition de cette commission.*

ADOPTÉ.

Sont désignés pour faire partie de cette Commission :

MM. les Drs Benoist, de Saint-Nazaire, *président.*
Ordonneau, de Bournezeau, (Vendée).
Bigourdan, de Brionne, (Eure).
Landur, de Paris.

8° *Mille francs sont affectés au prix du* Concours médical et destinés à récompenser les meilleurs travaux scientifiques et professionnels publiés dans le journal pendant l'année.

Le prix sera décerné par le Comité de rédaction.

ADOPTÉ.

9° Le Conseil des Comités pense qu'il y a lieu, cette année encore, d'attribuer une partie des bénéfices réalisés à une œuvre de solidarité confraternelle, et propose d'affecter une somme de *mille francs à la création de deux bourses pour l'instruction de fils de confrères momentanément gênés.*

(*Applaudissements répétés*).

ADOPTÉ.

10° Le reliquat de la somme disponible, soit 6 fr. 45, est reporté à l'exercice 1883-1884.

ADOPTÉ.

11° Dans son rapport à la prochaine Assemblée générale, le Comité d'administration, chargé de l'exécution de ces décisions, consacrera un chapitre spécial à la façon dont elles auront été mises en pratique et présentera un compte particulier sur les dépenses qu'elles auront occasionnées.

ADOPTÉ.

VII

NOMINATION DES MEMBRES DES COMITÉS

L'ordre du jour appelle la nomination des membres des Comités. Le directeur reprend alors la parole :

Messieurs,

Le règlement concernant les Comités, établi en vertu des statuts de la société civile du *Concours médical*, porte :

Art. vii. — Les membres des Comités sont nommés par l'Assemblée générale, sur la présentation du Directeur.

Art. viii. — La durée des fonctions des membres des Comités est d'une année. Dans l'intérêt de la société, elle peut être prolongée, sur la demande du directeur et par mesure individuelle.

En conséquence, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De maintenir en fonctions, comme membres du Comité d'études des annonces :

M. le Dr Gassot.
M. le Dr Camboulives.
M. le Dr Rabourdin.

Pour faire un semblable appel à la bonne volonté de nos trois confrères, qui auraient le droit bien légitime de demander leur remplacement, je me fonde sur ce fait que les adoptions de notre publicité ne seront pas aussi fréquentes que par le passé, et que, par conséquent, leur tâche, simplifiée par leurs études antérieures, ne sera pas, j'en suis certain, au-dessus du dévouement aux intérêts de notre société, dont ils nous ont donné tant de preuves jusqu'à ce jour.

(*Applaudissements*).

2° Pour le Comité de Rédaction, le membre le plus ancien est M. le Dr Geoffroy. Vous savez qu'il est toujours sur la brèche; vous connaissez les services qu'il nous rend journellement; vous avez applaudi

son rapport de l'année. Vous accepterez la proposition que je vous fais de le maintenir en fonctions. Messieurs POULET et MIGNEN ont été nommés par vous l'année dernière. M. Poulet est notre savant et dévoué collaborateur; je ne lui ai pas demandé son assentiment avant de vous proposer de lui continuer ses fonctions: car je savais que vous seriez unanimes pour lui témoigner comme moi toute notre reconnaissance. — M. le Dr Mignen n'est pas plus ancien que M. le Dr Poulet. Il a été, comme lui, nommé l'année dernière et nous connaissons tous ses mérites. Je vous demande, messieurs, de renouveler le mandat annuel de nos trois confrères.

(*Applaudissements*).

3° Pour ce qui concerne le Comité d'administration, le membre le plus ancien est M. le Dr Lebrun. Il nous écrit pour demander son remplacement, après trois années de fonctions. La distance l'empêche de nous prêter une assistance aussi effective qu'il le souhaiterait.

M. le Dr Ribard, de Meudon, membre actif et assidu aux séances de nos Comités, est retenu par une occupation professionnelle à laquelle il n'a pu se soustraire, à son grand regret. Mais il est prêt à nous continuer son concours au moins encore pour la présente année.

Vous avez approuvé, tout à l'heure et applaudi le lumineux rapport de M. le Dr Fischer, troisième membre et le plus nouveau, du Comité d'*Administration*. Je lui adresse ici nos remerciements pour le contrôle régulier et incessant qu'il a exercé sur l'administration de notre modeste fortune.

Je vous propose, en conséquence Messieurs :

1° De maintenir en fonctions MM. RIBARD et FISCHER.

2° Je vous proposerai de nommer, en remplacement de M. Lebrun, un des fidèles de nos réunions, habitant Paris, que nous connaissons de longue date, et notre actif collaborateur scientifique, M. le Dr RIZAT.

(*Applaudissements*).

Le Directeur annonce alors qu'il a l'intention de conserver leurs fonctions de secrétaires de leurs comités respectifs :

A MM. GASSOT, pour l'étude des *annonces*.
GEOFFROY, pour *la rédaction*.
FISCHER, pour *l'administration*.

VIII

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A ce moment, l'Assemblée aborde la discussion des intérêts professionnels et des propositions faites par les membres du *Concours* :

1° M. *Carré*, de Saint-Maixent (Deux-Sèvres), demande qu'on fasse dans la presse de la publicité pour obtenir la révision de la législation médicale.

Le conseil des Comités estime la chose impossible, vu le peu de ressources dont on dispose.

2° MM. *Martinet*, de Villenauxe, *Leblanc*, de Saint-Pourçain, *Witte*, de Saint-Jullien, proposent d'adopter un fournisseur commun pour la carrosserie.

A étudier.

3° M. *Dupeux*, de Listrac, désirerait qu'on fît un travail complet sur les carrières administratives et autres, qui sont ouvertes au médecin.

Le travail est fait dans le journal selon les nécessités.

4° M. *Pineau*, d'Oléron, voudrait voir créer une bibliothèque de prêts aux membres du *Concours*.

A étudier.

5° M. *Chaumier*, du Grand-Précigny, expose qu'à son avis on pourrait organiser un service de nourrices.

6° M. *Lardier*, de Rambervillers, croit qu'il serait possible de faire concorder le système Landais d'Assistance publique avec le fonctionnement des services de protection des enfants du premier âge, d'hygiène, des épidémies, de la vaccine, de l'inspection des écoles.

7° M. *Aubin*, de Toulon, voudrait qu'on multipliât le nombre des fournisseurs communs en province.

8° Il est donné connaissance à l'Assemblée d'un certain nombre de vœux auxquels le *Concours médical* ne peut donner satisfaction, n'ayant aucune compétence pour agir dans le sens indiqué par ces propositions.

9° Plusieurs adhérents expriment à l'Assemblée le vœu de l'organisation d'une Caisse de Pensions. — A étudier.

10° M. *Mignard*, de Fontaine-Française, renouvelle son désir de voir l'administration du *Concours* faire choix, à Paris, d'un hôtel à l'usage des membres du *Concours*.

Le temps n'a pas permis à l'Assemblée de discuter ces différentes propositions, sur lesquelles nous appelons de nouveau les méditations de nos confrères.

M. le Dr *Levaillant*, de Beauvais, soulève une discussion au sujet de la situation des jeunes médecins appelés à faire leurs vingt-huit jours.

Il demande qu'on fasse une démarche auprès du Ministre de la guerre pour obtenir l'application des dispositions bienveillantes contenues dans ses circulaires au sujet de cette catégorie de réservistes.

L'Assemblée nomme une commission composée de MM. MONIN et MARQUET auxquels se joindra le DIRECTEUR DU CONCOURS; M. le Dr MASSALOUP, médecin principal de 1ère classe, promet ses bons offices à la commission pour lui faciliter sa mission.

Caisse de Pensions de droits.

M. le Dr *Ordonneau* prend, en ce moment, la parole pour engager les membres du *Concours* à organiser la Caisse de pensions, comme quelques-uns d'entre eux en ont exprimé le vœu.

Messieurs,

Depuis de longues années, la médecine, comme les autres arts libéraux, n'est plus le privilège des familles riches. De nombreuses familles, nouvellement parvenues à l'aisance, se sont lancées à la conquête de notre profession qui, en même temps qu'elle satisfait justement leur amour-propre, les relève dans les rangs de la société. Tandis que le médecin comme l'avocat, succédait autrefois à son père dans sa clientèle et sa fortune, et n'avait souvent pour seul objectif que de garder intact l'héritage paternel ; aujourd'hui, il n'a, la plupart du temps, conquis son grade qu'au prix du sacrifice d'une partie de son patrimoine, et son premier désir est de le reconstituer.

Il se fixe, et alors qu'il croit être arrivé au but, il n'est encore qu'à l'entrée de la carrière, la plus difficile, la plus pénible et la plus décevante de toutes. Vous savez tous les obstacles qu'il lui faudra surmonter ou éviter : on lui demandera ses soins en cas d'urgence seulement, réservant au chartatanisme laïque, ou congréganiste les consultations les plus nombreuses et souvent les mieux rétribuées; les positions d'ailleurs sont prises et le jeune médecin sera heureux s'il n'est pas accaparé, dès son début, par des personnages influents qui désirent s'en faire un instrument politique. Le paiement des honoraires est mauvais, irrégulier, difficile, par suite des habitudes contractées par les malades depuis longtemps, et de la patience des confrères voisins, qu'il est rare de voir diminuer à l'arrivée du nouveau venu ; enfin les malades se liguent, non pas tant contre la maladie, car c'est nous qui les conduirions au combat dans cette bataille, que, contre nous-mêmes, qui restons seuls, isolés, réduits à nos propres forces, et séparés, il faut le reconnaître, que par des questions personnelles et des rivalités mesquines.

Aussi, le jeune médecin n'est-il pas établi depuis longtemps que ses illusions s'envolent, ses rêves d'ambition s'évanouissent. Son capital aliéné ne se se retrouvera plus; le courant est trop fort, il ne le remontera pas; il fera à la lutte pour la vie le sacrifice de son ambition, et vivra, du moins, tant que les forces ne le trahiront pas. Plus tard, les ressources diminueront, mais il ne se plaindra pas, et selon le mot de Gœthe, s'il meurt de faim, ce sera avec résignation, sinon avec grâce.

Notre profession est pleine de ces déshérités du sort, et chaque jour voit s'accroître leur nombre. La proportion des misères médicales est si considérable que 1/30 de nous environ, subissons la charité de nos confrères. Jugez par là, messieurs, quel peut être le nombre de ceux qui sollicitent sans succès, et dites le nombre encore plus grand de ceux qui n'osent élever la voix.

Ces misères, messieurs, sont connues de vous tous, et vous savez qu'il y a longtemps que les plus louables tentatives ont été faites dans le but de les soulager.

Des Sociétés de secours mutuels entre médecins d'un même département se fondèrent d'abord dans plusieurs villes, et l'extension de ce mouvement de confraternité fut si rapide que l'une d'elles, la société de la Gironde provoqua bientôt l'agrégation de toutes les sociétés en une seule, l'Association générale des médecins de France.

Depuis vingt-cinq ans qu'elle existe, on peut dire que cette association a réalisé toutes les espérances que les esprits sérieux avaient conçu lors de sa fondation. Avec une modeste cotisation de 12 fr. par an, elle a réussi à grouper environ la moitié des médecins de France dans une œuvre de charité immense, et sa richesse peut faire envie aux Sociétés les plus riches et les plus florissantes.

Nous sommes fiers, messieurs, nous tous, qui lui appartenons, des résultats acquis par l'Association générale. Nous applaudissons à son œuvre et nous y aiderons toujours, car c'est le premier effort tenté pour le relèvement matériel et moral de notre profession, auquel nous sommes dévoués.

Mais si brillants que soient les résultats acquis, le tableau de nos souffrances ne s'est point modifié, nous sommes toujours les mêmes médecins pleins d'espoir à 25 ans, désillusionnés à 40 ans, et souvent sans ressources à 60 ans.

C'est, qu'en effet, l'Association générale avait assez à faire en songeant à ceux que le sort a frappés.

Le premier et le plus pressant de tous les soucis, était la charité aux infirmes et aux vaincus de la profession, l'Association générale s'y est dévouée, mais sa tâche ne diminuant pas plus que celle de la femme d'Ulysse, il lui est interdit d'avoir d'autres pensées que celles de la Bienfaisance.

Le corps médical s'est aperçu que l'Association générale était impuissante à tout faire. Beaucoup d'entre nous ayant reconnu que les intérêts professionnels n'étaient autres que nos propres intérêts particuliers, se sont décidés à les servir en commun et se sont groupés en Syndicats. On avait fait œuvre de charité en fondant l'Association générale, on voulut faire œuvre de soutien et de concours mutuels et, le résultat obtenu, vous le connaissez mieux que personne; vous savez quel labeur il a fallu fournir, mais aussi quelles espérances on peut concevoir du mouvement considérable que vous avez provoqué dans la profession médicale.

Deux résultats sont donc aujourd'hui acquis, l'Assistance par l'Association générale, et le concours mutuel par les Syndicats.

N'est-ce pas le moment opportun, Messieurs, pour faire œuvre de prévoyance.

L'essai en a été fait, et nous devons vous raconter l'histoire de ces tentatives.

Pour obtenir le succès dans cette voie, il fallait faire appel au médecin lui-même avant sa chute, lui montrer les avantages de l'épargne et l'aider dans ses efforts.

L'Économie et l'Assurance sur la vie n'étaient pas assurément choses nouvelles pour nous, mais si elles existaient dans le corps médical, ce n'était qu'à l'état d'exception; il fallait rendre cette mesure générale.

De nombreuses Compagnies s'offraient avec toutes sortes de garanties; l'Etat lui-même nous sollicitait avec sa Caisse de retraites pour la vieillesse où il accorde 4,5 aux économies déposées. Quelques-uns d'entre nous ont compris toute l'importance de ces engagements et y ont souscrit; mais bien peu; et il faut avouer qu'il n'en pouvait être autrement.

Il est facile de concevoir, en effet, que pour provoquer un mouvement sérieux de prévoyance, il fallait une Association professionnelle nouvelle fondée sur la mutualité.

Tout d'abord on songea à l'Association générale et on s'adressa à elle.

En 1876, M. le Dr Benoist, de Saint-Nazaire, étant médecin de la Compagnie des chemins de fer d'Orléans, avait eu l'occasion d'étudier le fonctionnement d'une Caisse de retraite mutuelle fondée par les employés de cette Compagnie. Elle donnait des résultats de plus en plus sérieux et satisfaisants. Il en comprit facilement toute la portée, et songea à procurer à notre profession les mêmes avantages par les mêmes procédés. Il élabora un projet de *Caisse de pensions de droit* dont les principales dispositions peuvent se résumer ainsi:

Outre les 12 francs exigés par l'Association Générale, tout membre d'une société locale qui désirait s'assurer *le droit à la pension*, s'engageait à payer une cotisation annuelle fixée d'après son âge par un tarif déterminé. Pendant dix années, on devait travailler à constituer un capital social important; passé ce délai seulement, on devait commencer le service des pensions de droit aux médecins âgés de soixante ans et à ceux qu'une infirmité grave avait frappés avant l'âge de la retraite. La Caisse des pensions devait être doublée d'une Caisse de secours dont les fonds devaient s'élever et se répartir selon les ressources de la Caisse Générale, aux veuves et orphelins des pensionnaires décédés. C'était, on le voit, une *Caisse mutuelle de pensions viagères de droit à primes fixes.* Le chiffre de la pension qu'avait fixée M. Benoist était de six cents francs environ.

Ce projet obtint l'approbation de la société locale de la Loire-Inférieure et de plusieurs Sociétés départementales, et il fut soumis à l'Association Générale.

Les calculs auxquels s'était livré notre confrère étaient de deux sortes: ceux qui avaient servi à fixer les primes pour chaque âge; ils étaient exacts; et ceux qu'il avait cru devoir élever sur l'adhésion hypothétique de 2,600 confrères pour montrer la future prospérité de l'Institution. M. Benoist demandait trop d'adhérents et promettait un trop brillant avenir à son œuvre. On n'eut pas de peine à lui démontrer qu'on ne trouverait jamais 2,600 adhérents au début d'une association de ce genre, et *personne n'ayant prouvé qu'elle pouvait vivre avec un nombre très restreint de sociétaires*, le projet fut rejeté à l'Association Générale, sans examen sérieux, et sur de simples observations faites en séance.

Les raisons alléguées purent paraître suffisante mais ne convainquirent point son auteur qui y est toujours resté attaché. M. Benoist, en effet, est encore convaincu que son projet est viable, mais en dehors de l'Association générale.

Une des causes qui devaient provoquer le rejet du projet Benoist, et la plus puissante de toutes, était qu'il était basé sur un autre principe que l'Association générale à laquelle il était adressé. Celle-ci était, en effet, fondée sur la charité collective, tandis que le projet Benoist était fondé sur la mutualité avec le le droit au secours.

L'adoption d'un semblable projet nécessitait une révision de la Constitution qui régit l'Association générale, et une modification radicale de ses statuts. Cette perspective parut inquiétante et on refusa le projet Benoist.

En 1879, M. Durand-Fardel, désirant développer plus rapidement l'accession des médecins âgés à la pension, fit accepter par la Société locale de l'Allier, dont il était président, le principe de l'élévation de la cotisation à 20 fr.; et il saisit toutes les Sociétés locales de cette question. La conception de M. Durand-Fardel avait uniquement pour but, sans changer le caractère des secours et pensions délivrés par l'Association générale, d'augmenter ses ressources et par conséquent ses bienfaits. Ce n'était pas assurer le droit de pension. Mais soit, si on n'avait encore pour objectif que de multiplier les pensions viagères d'assistance et d'élever leur chiffre, on facilitait grandement l'œuvre de l'Association générale, et une semblable mesure aurait pu repousser à quelques années la Constitution d'une Caisse de pensions de droit.

Mais la proposition de M. Durand-Fardel ne fut acceptée que par deux ou trois Sociétés locales. La somme demandée à chaque sociétaire dépassait en effet celle que la plupart d'entre nous pouvait s'imposer. Les futurs pensionnaires n'eussent pas trouvé la prime annuelle trop forte, les désintéressés de la pension qui forment la grande majorité des membres de l'Association générale trouvaient l'impôt de charité trop élevé.

Le projet de M. Laborde (1877), et celui de M. Damourette, avaient pour but la constitution d'un capital de réserve pour les médecins parvenus à un âge avancé, ou pour leur famille en cas de décès. La *Prévoyance médicale*, tel était le nom de l'Institution

projetée, devait exister en dehors de l'Association Générale. C'était une Association d'assurance mutuelle entre médecins, avec un tarif, comportant, pour l'assurance d'un capital déterminé, des primes variables à tous les âges.

M. Laborde s'était surtout attaché à démontrer, et il avait facilement prouvé que les médecins pouvaient, en s'associant, obtenir les mêmes avantages que ceux que leur confère tout contrat passé avec les Compagnies d'assurances sur la Vie ou la Caisse des retraites de la Vieillesse, et que les garanties fournies par la mutualité, étaient supérieures à celles que donnaient les capitaux.

Mais il avait choisi le mode de prévoyance le plus difficile à obtenir par la mutualité réduite à ses seules forces, la constitution d'un capital de retraite.

Les sacrifices demandés n'étaient pas plus considérables que ceux exigés par les grandes Compagnies d'assurances.

Mais l'obligation de payer les capitaux assurés dès l'entrée en fonction de l'Association, était tout au moins un obstacle sérieux à son développement, et l'absence de capitaux initiaux pour parer aux surprises possibles de la mortalité dans le début pouvait la ruiner dès les premières années. Malgré la défense de M. Trolard, le projet de M. Laborde ne parut pas acceptable.

M. Damourette, de la Société de Vitry-le-Français, proposa en 1880 une modification au projet Laborde.

Nous voulons fonder une Compagnie d'Assurances mutuelles sur la Vie, disait-il en substance, et nous avons besoin de capitaux : soyons nous-mêmes les actionnaires en même temps que les assurés de notre Société ; et comme conséquence, il proposait d'adjoindre, à la prime de chaque asssuré, une somme correspondant au capital-action.

Une semblable institution, quoiqu'elle ne parût pas, au premier abord, offrir de plus grands avantages que les Compagnies ordinaires d'assurances sur la Vie, en avait de considérables ; car si elle se fût fondée, il est certain qu'elle aurait pu se passer, avant peu, des capitaux-actions, les éliminer de l'exploitation, et devenir une œuvre de mutualité pure. Mais le projet ne fut pas mis à exécution.

Toute autre fut la conception de MM. Ducoste et Bigourdan. Avec leur projet, l'assurance du capital désiré était d'une simplicité extrême. C'était une imitation des Sociétés d'*Old Fellows* qui ont été fondées au Canada par des Français expatriés.

« Supposons, disaient nos confrères, que nous nous « associons entre mille. Chacun de nous, en entrant à « l'association, versera 25 francs ; nous aurons donc « de suite 25,000 francs. Cette somme constituera « notre fonds de réserve. Un de nous vient-il à « mourir, chacun des survivants envoie 5 francs, ce « qui fait à la veuve ou aux héritiers 5000 francs « moins 5 francs. Le sociétaire mort est de suite « remplacé par un autre qui apporte, lui aussi, sa « prime d'entrée de 25 francs ; de sorte que, si chaque décès est une perte pour chaque sociétaire, il « est en même temps une source d'augmentation du « capital social ».

Avec un semblable projet, la contribution de chaque sociétaire pouvait atteindre au bout de l'année une certaine somme ; mais les versements étant multiples, ne pouvaient gêner les associés. Les calculs établissaient que l'association sous cette forme était, au point de vue pécuniaire, plus avantageuse que le contrat avec les compagnies d'assurances.

Mais si les avantages de ce projet étaient considérables, il avait un inconvénient capital ; ce n'était qu'un projet de secours mutuels *post mortem*.

Il venait trop tôt ou trop tard, voulant secourir les veuves et les orphelins, quand il n'était rien tenté pour assurer une fin digne et honorable aux confrères nécessiteux. Une existence entière de travail pouvait se terminer par dix et quinze années de gêne et de dévouement reconnu, et la famille avait, pendant tout ce temps, la perspective de l'aisance au lendemain de la disparition de son chef.

Ce projet présenté en 1880 à l'Association générale fut rejeté comme impossible. Tel qu'il était, il était cependant possible, puisqu'il existait en Amérique, et qu'en France, dans la Société israélite, il comptait mille cinq cents adhérents environ. S'il ne donnait pas satisfaction à tous les désirs, du moins il répondait à une nécessité ; il n'avait que l'inconvénient d'être incomplet, et l'avantage commun à tous les autres projets, celui de créer un nouveau lien d'union entre un certain nombre de membres de la grande famille médicale.

Frappés, comme nous, de l'imprévoyance particulière à la plupart de nos confrères, et convaincus que la seule voie avantageuse qui nous fut ouverte était celle où les Compagnies d'assurances sur la vie nous conviaient à entrer, MM. L. Lande et Verdalle, et M. Cézilly, notre dévoué directeur, pensèrent qu'on arriverait au but désiré en créant un mouvement sérieux d'assurances sur la vie.

Une Compagnie fondée sur la Mutualité et dont les tarifs étaient aussi avantageux que ceux de la Caisse de la retraite pour la Vieillesse, fut recommandée à nos confrères ; il y eut un résultat, mais le mouvement ne fut pas aussi important qu'on devait le désirer, et la question de la Caisse médicale des pensions de droit resta non résolue.

La tentative de M. L. Lande et Verdalle échoua presque complètement devant l'Association générale.

La proposition de nos confrères était fort simple ; il s'agissait, pour l'Association générale, de favoriser et de pousser aux assurances individuelles sur la vie, sous quelque forme qu'elles fussent, à quelque Compagnie que ce fût, en facilitant le paiement des primes, en prêtant au besoin aux assurés sous garantie du contrat d'assurances. (*Concours médical 1880, page 187*).

La proposition fut votée ; mais elle fut accompagnée d'un avis de M. Guerrier suffisamment explicite

et les sociétaires qui désireront s'assurer aux grandes Compagnies, sauront quel espoir ils peuvent nourrir touchant l'appui que l'Association locale leur fournira pour le paiement de leurs primes en cas de détresse. Encore une fois le but n'était pas atteint.

Le dernier projet dont j'ai à vous parler, messieurs, est celui de M. Coriveaud. Dans un article brillant par la forme, profond par l'observation, publié dans le Journal de médecine de Bordeaux, le 8 avril 1883, notre confrère propose à l'Association générale d'élever le droit d'entrée de tout sociétaire de 12 fr. à 50 fr. et la cotisation annuelle de 12 fr. à 30 fr. moyennant quoi l'Association générale assurerait à chacun de ses membres le droit à un secours de 10 fr. par jour en cas de maladie, pourvu que cette maladie fût au moins supérieure à quinze jours et inférieure à trois mois. L'Association générale, messieurs, ne s'est point encore prononcée sur cette proposition, et nous ne savons pas du reste si elle sera portée devant elle; mais nous devons vous dire que nous ne pensons pas qu'elle ait plus de chances d'être agréée que la proposition de MM. Lande et Verdalle qui était certainement la moins subversive de toutes et qui a pourtant subi une réception équivalant à un échec.

Telles sont, messieurs, les différents projets d'institution ou les diverses modifications aux statuts de l'Association générale qui ont eu pour objet l'obtention du *droit au secours*, que ce secours fût comme dans le projet Coriveaud, un secours journalier; qu'il affectât, comme dans le projet Laborde et Damourette et celui de MM. Ducosté et Bigourdan, la forme d'un capital de retraite, ou que, comme dans le projet Benoist, il fût une pension viagère à partir d'un âge fixé.

Dans cette série de propositions, vous l'avez remarqué vous-mêmes, toutes celles qui furent soumises à l'Association générale des médecins de France pour obtenir son adhésion ou son appui, ou même son approbation, revinrent sans succès à leurs auteurs. L'Association générale veut s'en tenir uniquement à son œuvre de Charité, elle ne veut rien tenter par elle-même dans la voie où on désire la pousser.

C'est cette conviction, Messieurs, que nous avons formulée, il y a quelques mois dans le *Concours* et que nous vous soumettons aujourd'hui.

L'Association générale avait inscrit dans son programme l'étude de toutes les questions qui touchaient aux intérêts matériels et moraux de la profession; et on pouvait espérer qu'il en serait ainsi pour l'institution d'une Caisse de pensions du droit. Si vous pensez que la solution du problème qui nous intéresse aujourd'hui ait peu de chance de nous venir de l'Association générale, et si vous espérez, comme moi, que nous puissions l'obtenir, nous la chercherons ensemble. Pour aujourd'hui, je vous exposerai brièvement le résultat de mes recherches.

Pendant que tous les projets d'assurances mutuelles sur la Vie étaient rejetés du public médical français, nos voisins de Belgique bénéficiaient d'une institution de ce genre. Trop peu nombreux par eux-mêmes pour fonder une Caisse mutuelle de pensions de droit, nos confrères Belges s'étaient adjoints les vétérinaires et les pharmaciens, et s'étant trouvés deux cent-trente, ils n'avaient pas craint de tenter l'aventure qui, chez nous, nous paraît si hasardeuse.

Payant 50 francs par an depuis l'année de l'obtention de leur diplôme jusqu'à cinquante ans, et 100 fr. jusqu'à soixante-cinq ans, âge de la retraite, ils avaient pu constituer au bout de dix années, un capital inaliénable de près d'un demi-million, et dès la première année du fonctionnement de la Caisse, ils avaient pu payer 36.000 fr. de rentes à soixante-douze pensionnaires; encore faut-il ajouter que les pensions étaient reversibles par moitié sur la tête des veuves et des orphelins, et que la pension était acquise de droit à tout adhérent devenu incapable d'exercer sa profession à quelqu'âge que ce fut.

Ce résultat était frappant; la Fédération Belge fut examinée, ses statuts furent exposés au public médical de notre pays par plusieurs journaux, en tête desquels le *Concours médical*, et la question de la Caisse des pensions de droit fut mise à l'ordre du jour des discussions relatives aux intérêts professionnels.

Nous eûmes, à ce moment, l'idée d'étudier la question et nous voulûmes savoir exactement ce qu'il fallait penser des objections qui avaient été formulées contre les projets dont nous vous avons parlé plus haut. Dans les numéros 21, 22, 29, 30, 32, du *Concours médical*, nous avons montré que ces objections n'avaient pas la valeur qui leur était attribuée, et qu'aucune d'elles n'avait assez de force pour ruiner un projet de Caisse de pensions de droit à primes fixes.

Une des raisons en apparence les plus sérieuses qui avaient été élevées contre tout projet d'assurances mutuelles sur la vie, était celle qui tenait à notre mortalité; or, il s'est trouvé à l'examen, que notre mortalité, pour être plus rapide que celle de la plupart de nos clients, n'avait rien d'extraordinaire; que les Compagnies avaient des tables de mortalité autrement élevées; qu'elles avaient en traitant avec nous une marge de bénéfices considérable; qu'elles ajoutaient à cette marge une deuxième marge de 15 0/0, par la seule raison qu'il leur plaisait de faire ainsi, et qu'enfin la formalité de l'examen médical préparatoire, en abaissant les chances de mortalité des assurés, leur accordait encore une troisième marge, laquelle pouvait être évaluée à 20 0/0. Nous montrâmes qu'avec des semblables écarts à la vraie ligne de la mortalité, les bénéfices des grandes Compagnies d'assurances ne pouvaient être autrement que considérables, en supposant même que leurs capitaux fussent placés à 3 1/2 0/0, et qu'une Caisse d'asurances mutuelles sur la vie, et spécialement une Caisse de pensions mutuelles, ferait des bénéfices importants si elle adoptait des

tarifs aussi élevés que ceux des grandes Compagnies qui exploitaient la matière.

Sachant combien la question du nombre des adhérents, au début d'une semblable institution, était importante, nous avons pris ce chiffre de deux cent-trente sociétaires qui avait suffi en Belgique, et, prouvant que nous trouverions toujours ce chiffre d'adhérents, nous avons voulu, par la seule différence des tarifs des grandes Compagnies et de la Caisse des retraites de l'Etat, montrer combien on pourrait constituer d'économies chaque année au profit d'une Caisse de secours pour les adhérents. Avec deux-cent trente adhérents de trente ans, avons-nous dit, on pourra déposer à la Caisse des retraites de l'Etat, toutes les sommes correspondant aux primes *nécessaires au paiement des pensions de* 1,000 *fr. désirées*, et mettre annuellement 8,000 fr. dans la Caisse de l'Association. Avec deux cent-trente adhérents de quarante ans, nous aurons 13,000 fr. de bénéfice annuel ; et nous faisions observer qu'une Association de ce genre devait compter sur de nombreuses libéralités et dons, avec de nombreux abandons de pensions. Nous avons montré que le fonctionnement d'une pareille Caisse serait aussi facile, que son administration serait pour le moins aussi simple que celle de l'Association générale; que la sécurité des capitaux serait absolue et, qu'avant peu, on pourrait, ou augmenter la pension promise, ou ce qui revient au même, diminuer les tarifs.

Nous n'insisterons pas, messieurs, n'ayant aucune préférence marquée pour tel ou tel projet, pour tel ou tel mode d administration; nous pensons que lorsque vous serez convaincus qu'il est possible de fonder entre nous, pourvu que nous soyons deux cents adhérents environ, une Caisse de pensions de droit à primes fixes, vous saurez bien vite fixer les statuts et les tarifs de la nouvelle Association et en amener la prompte réalisation.

M. le Dr Benoist, de Saint-Nazaire, donne connaissance d'un projet d'organisation de la Caisse de pensions, projet qui lui est personnel.

Nous publierons prochainement la communication de notre confrère.

Avant de lever la séance, M. le Président adresse ces paroles aux assistants.

Messieurs,

Avant de clore la séance, je viens vous demander de vous joindre à moi pour exprimer ensemble à Madame Oudin et à sa famille, toute la part que nous avons prise à l'irréparable malheur qui vient de les frapper. Nous avons fait une grande perte dans la personne de notre conseil judiciaire, M. Léonel Oudin, mort à la fleur de l'âge, et à ce moment où le succès couronnait une vie toute de labeur et de lutte ardente. Espérons que notre témoignage de sympathie apportera quelque soulagement à une veuve qui, par surcroît, venait d'être cruellement éprouvée comme mère. *(Applaudissements)*.

La séance est levée à six heures et demie.

Le Président, A. Cézilly.
Le Secrétaire, J. Geoffroy.

Les quelques moments qui s'écoulent avant l'heure du repas sont consacrés, par les membres de la réunion, à des causeries intimes, repos bien nécessaire après une séance aussi chargée. A sept heures, on s'est mis à table, et le banquet a été des plus gais, comme il ne pouvait manquer de l'être, entre confrères qui commencent maintenant à se connaître, et qui savent être d'accord sur les points les plus importants des intérêts de leur profession.

Au dessert, M. le Dr Cézilly a porté son toast habituel, auquel beaucoup d'autres ont répondu :

TOAST DU DOCTEUR CEZILLY.

Messieurs,

Le toast que j'ai le précieux privilège de porter, le premier, chaque année, le jour de notre banquet confraternel, ne peut que reproduire celui que j'ai porté les années précédentes, car il me vient bien spontanément à l'esprit lorsque je prends en main le verre de champagne consacré par l'usage.

Avant de goûter le vin, je ne puis affirmer s'il sera franc de goût.

Mais je puis vous affirmer que le toast que je porte, Messieurs, est un toast franc de cœur, car c'est de toute mon âme que je bois, à vous, Messieurs, aux membres du *Concours* et à mes dévoués et chers collaborateurs.

(Applaudissements).

TOAST DU DOCTEUR MIGNEN.

M. le Dr Mignen s'est alors levé et a prononcé les paroles suivantes :

Messieurs et chers confrères,

Permettez-moi de prendre la parole pour exprimer à notre cher Directeur nos sentiments de reconnaissance pour l'œuvre du *Concours*. Assisté de ses distingués collaborateurs, M. Cézilly a créé cet organe qui est aussi le nôtre, et qui, seul, a pris sérieusement notre défense.

Le *Concours* a provoqué la création des syndicats dont le nombre augmente chaque jour ; il a préparé la révision si longtemps attendue des lois qui régissent l'exercice de la médecine; aujourd'hui, il vient

généreusement en aide à ceux que la maladie éloigne de leur clientèle, et cherche à nous procurer cette pension de retraite qui diminuera nos inquiétudes pour l'avenir.

J'ai foi dans l'entière réalisation de ce programme, car, messieurs et chers confrères, nous marchons tous sous la même bannière.

Messieurs,

Je bois à la santé de notre Directeur; à celle de ses collaborateurs infatigables; je bois enfin à la fédération de tous les médecins unis en syndicats, et à la constitution prochaine d'une Caisse de pensions de retraite.

TOAST DU DOCTEUR AUGÉ.

Messieurs,

Je vous propose de boire à la santé d'un nouveau-né; il est bien jeune encore: il n'a que quatre ans, et déjà il est plein de promesse pour l'avenir. C'est le dernier-né du Dr Cézilly, j'ai nommé Syndicat. Il doit être, il est votre enfant adoptif, vous lui devez aide et protection. Buvons aussi à celle de son père, à celle de l'organisateur des Syndicats de France, au Dr Cézilly.

TOAST DU DOCTEUR RAFAILLAC.

Messieurs.

Je suis heureux d'avoir été chargé par mes chers confrères du Syndicat du Médoc de venir assister à la réunion de la société du *Concours Médical.*

Je viens, en leur nom, vous exprimer les vœux qu'ils font pour la généralisation des Syndicats médicaux en France.

Permettez-moi, aussi, d'être leur interprète pour offrir à notre cher Directeur, le docteur Cézilly, les sentiments de gratitude qu'ils éprouvent pour son œuvre féconde.. Je bois à la santé des membres du *Concours Médical.*

TOAST DU DOCTEUR ÉVRARD.

Messieurs,

Nous ne devons pas oublier les collaborateurs dévoués et infatigables du Dr Cézilly: je vous propose de boire à la santé des Drs Gassot et Geoffroy, Fischer et de tant d'autres.

SECOND TOAST DU DOCTEUR CÉZILLY.

Messieurs,

On a bu aux Syndicats; permettez moi de porter aussi la santé des membres des Syndicats qui ne *font pas encore partie de notre Société*, parce qu'ils l'ignorent ou parce qu'ils la méconnaissent. Ils viendront à nous! ce qui me permet de l'espérer, ce sont les gracieux souhaits, les précieux témoignages de sympathie et d'estime que le directeur du *Concours* a fréquemment recueillis, dans leurs réunions.

Je tenais à leur en exprimer, publiquement, ma profonde gratitude.

TOAST DU DOCTEUR LESGUILLON

Chers confrères,

Avant de nous de séparer et de quitter cette table où règne la plus grande cordialité, permettez-moi de porter un nouveau toast.

Les membres du *Concours Médical* forment une famille où règne la plus complète harmonie.

Et, comme, dans les familles bien unies, on ne se contente pas de se réjouir d'être ensemble, on pense aussi aux absents, permettez-moi de porter la santé de nos confrères absents qui sont, ce soir, de cœur avec nous.

Je bois à nos confrères absents.

M. le Dr Gassot lit une dépêche du Dr Barry, de Royat, ainsi conçue: J'assiste de cœur et d'esprit au banquet du *Concours.* Je vide ma coupe d'eau minérale en l'honneur et à la santé de mes confrères. M. le Dr Gassot propose de vider en l'honneur du Dr Barry une coupe de Champagne, pour ne pas être en reste de politesse avec cet aimable Confrère.

M. le Dr Ordonneau recommande à ses confrères de ne pas oublier dans leurs méditations la Caisse de retraite. Il sollicite leur appui, et surtout leur indulgence, pour les premiers essais qui vont être tentés.

M. le Dr Massaloup boit à la Caisse des pensions et à celui qui se fait l'initiateur de cette belle œuvre, le Dr Ordonneau.

Le Dr Rigabert boit aux membres de la Société qui exercent la médecine dans l'armée et qui se sont toujours empressés de rendre service à leurs confrères civils, chaque fois que leur intervention auprès de l'Autorité militaire pouvait être utile.

CONVERSATION DES PRÉSIDENTS ET DÉLÉGUÉS DES SYNDICATS

La réunion des délégués des *Syndicats* a eu lieu, comme nous l'avions annoncé. Les assistants représentaient généralement les Syndicats constitués dans les départements rapprochés de Paris: M. le Dr Rafaillac, président des syndicats réunis de la Gironde, qui avait bien voulu affronter les fatigues d'un long voyage, a présidé la réunion, avec M. le Dr Evrard président du syndicat de Beau-

vais, et M. le Dr Augé, président du syndicat de Pithiviers.

Les syndicats représentés étaient : 1° Tous les Syndicats de la Gironde, par M. le Dr Rafaillac, de Margaux, président de la fédération départementale, — le Syndicat de Mortagne (Orne), par M. Pichard, de Regmalard, — le Syndicat de la Nièvre, — par M. Carté, de la Charité, — celui de Montcornet, (Aisne), par M. Camille Gérard, — celui de Beauvais, par M. Evrard, — celui de Senlis, par M. Milet ; — celui de Pithiviers, par M. Augé ; — celui de Corbeil, par M. Loison, de Brunoy ; etc., etc. (Les noms des autres délégués présents, n'ont pu être recueillis exactement).

S'étaient excusés par lettre, et avaient exprimé leurs regrets de ne pouvoir prendre part à la réunion :

Dr Courrèges, des Aix d'Angillon, Syndicat de la région Nord du Cher.

Dr Pestel, de Saint-Chartier, Syndicat de la Châtre, Indre.

Dr Béguin, de Laroquebrussanne, Syndicat de l'arrondissement de Brignoles, Var.

Dr Doucet, de Loudun, Syndicat de Loudun, Vienne,

Dr Jouanin, de Moulins-Engilbert, Syndicat de l'arrondissement de Château-Chinon, Nièvre.

Dr Lécuyer, de Beaurieux, Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle, Aisne.

Dr Guillaume, de Vesoul, Syndicat de la Haute-Saône, (Chambre syndicale).

Dr Coillot, de Montbozon, Syndicat de l'arrondissement de Vesoul, Haute-Saône.

Dr Cassius, de Layrac, Syndicat du Lot-et-Garonne.

Dr Boell, de Baugé, Syndicat de l'arrondissement de Baugé, Maine-et-Loire.

Dr Beliard, de Crécy-en-Brie, Syndicat du canton de Crécy-en-Brie, Seine-et-Marne.

Dr Roulland, de Niort, Syndicat des Deux-Sèvres.

Dr Pintaud-Dessallées de La Rochefoucauld, Syndicat de la Charente.

Dr Hounand-Dufic, de Saint-Jean d'Angély, Syndicat de l'arrondissement de Saint-Jean d'Angely, Charente-Inférieure.

Dr Lafon de Saint-Soulle, Syndicat de l'arrondissement de La Rochelle, Charente-Inférieure.

Dr Billoux, de Cepuy, Syndicat de l'arrondissement de Montargis, Loiret.

Dr Pitoy, de Nancy, Syndicat de l'arrondissement de Nancy, Meurthe-et-Moselle.

Dr Bermont, de Norroy-le-Sec, Syndicat de l'arrondissement de Briey, Meurthe-et-Moselle.

Dr De Gouraincourt, de Franchesse, Syndicat de l'Allier.

L'objet de l'invitation n'était autre que de provoquer une conversation utile aux syndicats. — On a été d'avis unanime qu'il y aurait avantage à constituer une Commission de trois médecins seulement, pouvant se déplacer, rapprochés de Paris, pourvus d'un budget, et qui se feraient les simples exécuteurs des démarches d'intérêt général, souhaitées par les *Syndicats* de *France*.

M. le Dr Rafaillac a bien voulu accepter la tâche de rechercher quel serait le moyen le plus efficace pour donner créance à cette commission, la faire autoriser et désigner par la majorité des Syndicats.

Il a accepté aussi de présenter lui-même les noms des membres de la Commission et d'en faire déterminer les attributions.

La réunion lui en a exprimé à l'unanimité toute sa gratitude.

Comme nous l'espérions bien, cette entrevue a porté ses fruits ; la cordialité des sentiments exprimés nous fait bien présager des bons effets des mesures qu'on a prises.

BULLETIN MENSUEL DES SYNDICATS

AOUT 1883

LES SYNDICATS MÉDICAUX

Leur situation actuelle vis à vis de l'Association

« La réforme demandée par les Syndicats médicaux « constitue, à mon avis, dans quelques-unes des pré- « tentions émises, l'omnipotence la plus grande qu'on « ait imaginée jusqu'à ce jour, dans la corporation mé- « dicale du moins, car elle met entre les mains des mem- « bres du Bureau du Syndicat l'indépendance, la liberté, « dont, à juste titre, est si fier le médecin, par l'enga- » gement qu'on exige de lui, il abdique sa liberté. La « formation des Syndicats, telle qu'on la comprend, est « le contraire absolu des principes les plus élémentaires « inféodés au médecin.... Donc je repousse le Syndicat « et tous les amis de la liberté le repousseront avec « moi. » Tellessont les paroles que prononçait M. le Dr Martineau, secrétaire de l'Association générale à l'Assemblée du 16 et 17 avr il 1882.

Mais M. Martineau n'est pas prophète ou du moins est mauvais prophète. Son appel est resté sans écho et le corps médical, d'un bout de la France à l'autre bout, s'est prononcé hautement en faveur des Syndicats médicaux.

Non seulement la presse scientifique s'est émue et a montré une sympathie marquée pour l'œuvre nouvelle, mais l'Association même n'a pu s'empêcher de laisser entrevoir des disposision favorables à l'égard des Syndicats. Nous avons nous-même fait ressortir, à un autre moment, le contraste qui existeentre le langage presque violent, et tout au moins hautain, de M. Martineau et celui quetenait, à la dernière réunion générale de l'Association, M. le Dr Foville, son secrétaire actuel. Aujourd'hui, nous constatons avecune satisfaction que nous ne chercherons point à dissimuler, l'attitude toute nouvelle que les sociétés locales prennent à notre égard.

Plusieurs d'entre elles ont mis à l'étude la question des Syndicats médicaux et celle des rapports qui devraient exister entre ces Sociétés et l'Association générale. C'est ainsi qu'une commission fut nommée, l'année dernière, dans la Dordogne, et qu'il y fut répondu par la création presque immédiate du Syndicat de Sarlat. C'est ainsi que, dans la Gironde, une commission se prépare à déposer son rapport dont les conclusions, nous croyons pouvoir le dire sans être indiscret, seront certainement favorables aux Syndicats.

Mais, ce n'est pas tout. Dans le département de Meurthe-et-Moselle, une commission dont M. le Dr Pitoy, de Nancy, est le Secrétaire-rapporteur, a tenu de nombreuses seances qui ont amené, entre le Syndicat et l'Association locale, une entente complète.

Nous ne voulons pas anticiper sur la publication du rapport de notre honorable confrère; nous nous bornerons à dire que le rapporteur conclut en demandant à la Société locale de Meurthe-et-Moselle « de reconnaî- « tre l'utilité d'une Société professionnelle plus spécia- « lement vouee à la défense des intérêts du corps « médical, fonctionnant à côté de l'Association de « prévoyance et poursuivant, conjointement avec elle, « l'amélioration morale et matérielle de la corporation ». Et pour donner une preuve éclatante de l'accord parfait qui doit régner entre les deux institutions, « les bureaux « de l'Association de prévoyance et de la Société pro- « fessionnelle engagent tous les médecins de Meurthe- « et-Moselle à faire partie de l'une et de l'autre Asso- « ciation ».

Dans l'Orne les choses sont plus avancées encore et nous ne saurions mieux faire que de mettre sous les yeux de nos lecteurs le remarquable rapport qui a été présenté à leurs confrères par MM. les docteurs Barrabé et Legallois, dans l'Assemblée tenue à Domfront, le 1er août dernier. Leur travail sera accueilli avec faveur par tous ceux qui s'intéressent aux questions professionnelles et servira de guide à ceux qui, dans l'avenir, (et nous estimons que le nombre en sera grand), auront à s'occuper des rapports des Syndicats et de l'Association.

Nous nous proposons, dans un prochain article, de poursuivre cette étude, et nous espérons démontrer que le moment est proche, où, mieux instruite que par le passé des véritables besoins et des aspirations de la grande majorité du corps médical, l'Association générale des médecins de France aura cessé de nous susciter des obstacles et engager a ses membres à nous donner, sans réserve, leur adhésion et leur appui.

Mais nous comptons aussi, nous comptons surtout sur les membres de notre Société du *Concours médical*; nous les sollicitons de faire connaître notre but, nos efforts constants qui tendent tous à l'amélioration de la situation du corps médical dans notre Société moderne. Que chacun se fasse donc apôtre et répande, autour de lui, les idées du *Concours*: qu'il fasse connaître, aux confrères qui l'ignorent, notre journal et ses tendances.

C'est ainsi que nous comprenons la propagande; car nous savons tous ce qu'il advient des prospectus dont nous sommes, chaque jour encombrés par la poste. Le jour où cette propagande sera faite, ainsi que nous la souhaitons, par nos nombreux adhérents, nous pourrons *vouloir* les réformes que nous réclamons depuis longtemps, et que nos devanciers ont vainement poursuivies. Nous pourrons les VOULOIR et nous aurons la certitude de les OBTENIR.

Dr AD. BARAT-DULAURIER.

Comme le compte-rendu de l'Assemblée générale a été tiré à un grand nombre d'exemplaires et que, d'ailleurs, ce numéro sera servi, sur demande, dans le cours de l'année, aux médecins qui désirent se renseigner, ou qu'on nous indique, nous avons jugé utile d'y annexer le remarquable rapport qui suit, dressé par nos distingués confrères de l'Orne, MM. les Docteurs Legallois et Barrabé.

RAPPORT SUR LES SYNDICATS.

Introduction.

Messieurs et chers Confrères,

Le 1er Août 1882, l'Association médicale du Département de l'Orne, dans sa réunion annuelle tenue à Argentan, nommait une Commission chargée de vous présenter un rapport sur les Syndicats. Cette Commission était composée des Docteurs Barrabé, Legallois et Lory. Le Dr Lory n'a pas cru devoir accepter cette mission. Les Docteurs Barrabé et Legallois, tout en regrettant vivement cette décision qui les privait d'un collaboraleur dévoué, n'ont pas voulu se soustraire à la tâche qui leur était confiée et ils se sont mis au travail. C'est ce rapport, Messieurs et chers Confrères, que nous venons vous soumettre aujourd'hui. Notre besogne nous a été facilitée par les études nombreuses que la presse médicale et des Associations de Médecins ont déjà faites sur ce sujet. Nous tenons notamment à vous signaler les renseignements fournis par le *Concours médical*, dirigé avec tant de talent et de dévouement par M. le Dr Auguste Cézilly, et les emprunts intéressants que nous avons dû faire à la plume alerte et compétente de M. le Dr Barat-Dulaurier, rédacteur du même journal.

Messieurs et chers Confrères, la question des Syndicats médicaux est toute d'actualité. Suivant l'expression du Dr Foville, Secrétaire de l'Association générale des Médecins de France, elle s'impose aujourd'hui *impérieusement* à l'attention de notre profession (1). Aussi l'avons-nous étudiée sans parti-pris, et avec toute la conscience possible. Il nous a semblé qu'en agissant ainsi, Messieurs, nous entrions complètement dans vos idées. Espérons que nous ne nous sommes pas trompés.

Historique

Les Syndicats médicaux, malgré leur récente origine, occupent aujourd'hui la première place dans le chapitre des revendications professionnelles du corps médical, et possèdent déjà leur histoire que nous nous proposons d'esquisser à grands traits.

C'est en 1880, que pour la première fois, l'idée d'Association médicale, sous forme de Syndicat professionnel, fut émise et développée dans le journal le *Concours médical* par le Dr Margueritte, du Havre. Toutefois, cette idée, depuis quelques années, avait fermenté dans certaines Sociétés médicales (Toulon, Bouches-du-Rhône, Cherbourg, Mayenne), où il était question déja de créer des chambres de discipline.

Il faut l'avouer, ce genre d'Association fut accueilli par le dédain des uns, l'indifference du plus grand nombre, et on le voit sur le point de subir le premier naufrage habituel à toutes les innovations.

Néanmoins, le Dr Margueritte tient à son projet et ne se laisse point envahir par le découragement; aussi ne pouvons-nous nous empêcher de lui en témoigner notre vive sympathie, puisqu'il pensait agir pour l'intérêt commun. Avec le Dr Cézilly et le Dr Mignen, de Montaigu, ses courageux auxiliaires, il oppose énergie et ténacité à la torpeur générale qui paralyse habituellement le corps médical, lorsqu'il s'agit de la défense de ses intérêts vitaux. Aussi, au mois de mai 1881, le Syndicat de la Vendée avec le Dr Mignen est fondé, et peu après celui du Havre avec le Dr Margueritte.

A partir de cette époque, le mouvement s'étend rapidement à d'autres contrées; de nouveaux Syndicats sont bientôt organisés et agréés par de nombreux Médecins; ce sont les Syndicats de Lot-et-Garonne, d'Indre-et-Loire. Nous sommes en août 1881.

Le mois de Septembre voit éclore et fontionner les Syndicats de la Dordogne, de la Nièvre, du Finistère.

Au moment où cette agitation se généralise dans le monde médical, le *Conseil général de l'Association* s'émeut, et adresse, le 5 décembre 1881, une circulaire aux Sociétés locales les engageant à attendre patiemment *sous l'orme* le vote de la loi sur les Associations professionnelles par les deux Chambres.

Cette circulaire refroidit un peu l'élan général et il se produit un temps d'arrêt; les hauts dignitaires de *l'Association générale* verraient-ils par hasard dans les Syndicats les éléments d'une Société rivale? Nous l'ignorons, mais la réflexion vient, et à l'opposition de la première heure succède une bienveillante attention; on finit par comprendre que l'Association générale et les Syndicsts peuvent faire bon ménage et que, si ces deux Associations poursuivent des buts différents, elles peuvent fonctionner côte à côte, sans se nuire l'une à l'autre.

Alors le mouvement ne tarde pas à reprendre et chaque mois de l'année 1882 voit apparaître un ou plusieurs Syndicats, malgré le langage contradictoire de M. le Dr Martineau, Secrétaire de l'Association générale.

Aujourd'hui, des Syndicats existent dans les deux tiers des départements ou sont en voie de formation.

But des Syndicats

Comme nous venons de le constater dans le chapitre précédent, il se produit dans les esprits un mouvement irrésistible d'opinion en faveur des Syndicats professionnels. Chacun comprend que, dans la lutte pour la vie, il vaut mieux, pour ceux qui ont les mêmes intérêts, s'entendre, se grouper, se réunir, qu'éparpiller ses forces et combattre au hasard chacun de son côté.

Cette nécessité de l'union est vraie surtout pour les médecins. Où trouver, en effet, une profession qui soit plus exploitée et où trouver en même temps une profession qui ait moins l'esprit de corps que la nôtre? Aussi, du haut en bas de l'échelle sociale, quelle unanimité dans la mise en coupe réglée de notre situation! C'est le parquet qui nous paie visite et rapport 3 fr.; s'il y a autopsie, on va généreusement jusqu'à 5 fr.; si le médecin légiste est forcé de prolonger son séjour dans la ville où se fait l'instruction de la procédure, et, que cette ville ne soit pas le lieu de sa résidence, une indemnité dérisoire de 2 fr. par jour lui est gracieusement accordée. Ceci est le beau côté de la médaille, car nous parlons de réquisitions en règle; mais, que dirons-nous des exigences multiples qui émanent d'autorités plus ou moins compétentes? C'est un maire qui demande la constatation du décés d'un vagabond dans sa commune; c'est un commissaire de police qui réclame un certificat de coups et blessures pour un habitué de la correctionnelle; c'est enfin un brave gendarme qui a besoin de vos soins

(1) Compte-rendu du Dr Foville à l'Assemblée générale du 1er Avril 1883.

pour lui ou pour sa famille. Dans ce cas, vous prescrirez des remèdes payés par le budget, mais, en ce qui concerne vos honoraires, ou, comme le disait très bien notre confrère le Dr Guérin, de Flers, dans sa lettre au *Concours médical* du 7 avril 1883, vous dégarnirez la bourse déjà bien maigre d'un vieux militaire, ou vous ferez des visites gratuites et alors, comme récompense, après quarante ou cinquante ans de cette besogne, vous recevrez la médaille classique dite *en Chocolat* ou même vous ne recevrez absolument rien. En avons-nous fini avec les services gratuits ? Oh ! non, messieurs, nous ne sommes qu'au commencement de l'énumération. C'est la loi Roussel que, dans notre département, nous appliquons *gratuitement*; ce sont les Ecoles, que nous inspectons *gratuitement*; ce sont les Bureaux de bienfaisance, qui nous mettent à contribution *gratuitement*; ce sont les Hospices, auxquels nous donnons nos soins *gratuitement* ou à peu près. Est-ce terminé ? Non, il y a encore les vaccinations, les rapports d'hygiène cantonale, les certificats d'absence de l'école... etc... etc. Pour brocher sur le tout, ajoutez que nous sommes obligés de subir les réductions parfois inouïes des Sociétés de secours mutuels, la mauvaise foi de clients qui pourraient payer, mais qui ne le veulent pas, et la concurrence éhontée des rebouteurs, ostiers et autres parasites de notre profession.

Ce tableau, messieurs, n'est pas chargé; il est la reproduction exacte de la vérité, vous le savez aussi bien, sinon mieux que nous. Y a-t-il un remède à cet état de choses ? Pouvons-nous nous soustraire à ces misères ? Après avoir étudié la question, nous croyons, messieurs et chers confrères, que, s'il y a un remède, il existe dans l'établissement de Syndicats régionaux. Nous n'avons pas la prétention de présenter les Syndicats comme la panacée à nos maux, mais nous sommes intimement convaincus qu'eux seuls peuvent venir efficacement à notre aide. Le Dr Lardier, de Rambervillers, exprimait ainsi cette idée dans son rapport sur la formation d'un Syndicat médical dans les Vosges : « Nous cherchons à obtenir par notre entente commune, par des relations de bonne confraternité, le relèvement moral et l'amélioration matérielle de notre profession. Il faut que dans toute circonscription médicale, si petite soit-elle, les médecins, au lieu de rester des individualités continuellement en butte au mauvais vouloir du public, impuissants par le fait, forment un corps, une Association, il faut que, se tenant tous par la main, ils obtiennent par leur union qui est la force, la satisfaction de revendications dont tous, sans exception, nous reconnaissons la légitimité, et dont nous sommes impuissants, individuellement, à obtenir la réalisation. . . . .

Les notaires qui exercent une profession libérale comme la nôtre, les avoués, les avocats, ont l'esprit de corps et l'institution, qui a développé chez eux cette sorte de solidarité professionnelle, est justement l'Association syndicale, que nous cherchons à créer pour notre profession. C'est en étouffant dans notre cœur cette passion mauvaise, dont le public se rit, mais qu'il exploite à sa façon, la jalousie du métier, *l'invidia medicorum*; c'est en faisant entrer notre intérêt personnel, dans l'intérêt du corps médical en général, c'est en nous soutenant les uns les autres que nous arriverons à obtenir la considération à laquelle notre profession a droit, et à nous soustraire à cette honteuse exploitation du médecin par les rebouteurs, les sages-femmes, les sœurs, les pharmaciens, le parquet, et *tutti quanti*. . . . . »

. . . .

Rien de mieux pensé et de mieux dit. Examinons maintenant, messieurs, puisque tel est le but des Syndicats, comment on les organise et quels sont leurs moyens d'action.

Organisation des Syndicats.

Puisque les Syndicats ont surtout pour but d'améliorer le sort matériel du médecin, il en résulte que, pour être réellement efficace, chaque Syndicat doit réunir dans son sein les médecins qui, seuls, ont des intérêts communs, c'est-à-dire ceux qui, par leur situation topographique, sont appelés à se voir, à se rencontrer et à exercer dans la même clientèle. C'est pour ce motif que les Syndicats, en se formant, ne tiennent pas compte des divisions administratives. Quant aux règles qui doivent présider à leur constitution, ce sont des détails laissés à la libre initiative de chaque Syndicat. Les statuts, en effet, varient suivant les habitudes des praticiens d'une même région, les coutumes des pays, les facilités de communication... etc. Il y a donc nécessité de laisser à chacun une grande liberté, et c'est cette liberté bien comprise qui donne aux syndicats une force réelle dans les questions professionnelles. Le Dr Rafaillac, de Margaux, constatait le fait à l'Association des médecins de la Gironde, le 15 octobre 1882. On comprend très bien que si l'action des Syndicats médicaux est nettement délimitée à une région, son influence sera véritablement pratique. Cette influence sera d'autant plus considérable, qu'il y aura moins d'abstention de la part des médecins d'une même circonscription médicale. A ce sujet, nous ne pouvons qu'approuver la réprobation presque unanime, soulevée par l'attitude d'une partie du corps médical Lyonnais, qui refusait d'admettre, comme membres d'un Syndicat en voie de formation, les praticiens pourvus du diplôme d'officier de santé. L'union, la solidarité la plus étroite doivent exister entre nous tous, et l'on ne comprend guère que l'on commence par inventer des motifs de division quand on veut établir la concorde. Il en est de même d'une proposition que fit voter le 4 décembre 1881 M. le Dr Bancel à l'Assemblée générale annuelle des médecins de l'arrondissement de Fontainebleau, proposition en vertu de laquelle la qualité de membre de l'Association générale des médecins était considérée comme une condition indispensable pour faire partie des Syndicats : « Etrange prétention, écrit le Dr Barat-Dulaurier dans le *Concours médical* du 14 octobre 1882, pourquoi chercher à créer des distinctions, des catégories en quelque sorte, quand nous avons besoin, avant tout, de concerter nos efforts et de mettre en un faisceau toutes les forces vives dont nous pouvons disposer ? Les deux institutions doivent marcher côte à côte; elles doivent se prêter un mutuel appui sans jamais se confondre; mais elles ne sauraient, dans aucun cas, imposer à aucun de leurs membres d'autres obligations que celles qui leur incombent naturellement, par le fait seul de leur participation, et en vertu des règlements qui leur sont propres, et qui doivent être absolument distincts. »

Rien de plus vrai, il n'y a pas d'incompatibilité entre l'Association générale des Médecins de France et les Syndicats médicaux, mais ces derniers ont un but, sinon toujours différent, au moins plus précis. Relever les tarifs d'honoraires insuffisants; s'unir contre les prétentions des Sociétés de Secours Mutuels; se communiquer

la liste des clients de mauvaise foi; s'entendre pour lutter contre l'exercice illégal de la Médecine; avoir par Département une ou plusieurs Chambres Syndicales analogues à celle des Notaires. Chambres qui décident et jugent en dernier ressort toutes les questions délicates : voilà le rôle des Syndicats. Si c'est un rêve, Messieurs, il est assez beau pour que nous essayions de le réaliser.

Objections contre les Syndicats.

Diverses objections ont été faites contre les Syndicats. Nous les avons examinées avec soin et nous n'avons rien trouvé de sérieux dans celles que nous connaissons. Voici ces objections :

I. — *Les Syndicats enlèvent au Médecin sa dignité, sa liberté, son indépendance.* — C'est cette opinion qu'exprime ainsi le Dr Damourette, Secrétaire de l'arrondissement de Vitry-le-Français : « *Je me défie instinctivement des Syndicats médicaux, parce que je leur crois, à tort peut-être, une tendance à l'autoritarisme et que je ne veux pas abdiquer mon indépendance entre les mains de personne.* » Le Dr Bourland-Lusterbourg, Secrétaire général de l'Association du Rhône, invoque également les mêmes principes : « *Et vous voudriez, dit-il, abdiquer votre indépendance ! ! Et vous voudriez subir la loi des Syndicats ! ! !* » Messieurs, ce sont des phrases et pas autre chose. Nos Confrères sont de bonne foi, nous en sommes persuadés, mais où voient-ils, dans un pacte librement consenti, une atteinte à leur dignité, à leur indépendance? Est-ce que nous n'avons pas tous des lois à subir? Est-ce que le Médecin, qui a besoin de sa profession pour vivre (et c'est le sort du plus grand nombre) n'est pas, dans une certaine mesure, sous la dépendance de sa clientèle? « Où voyons-nous que les Notaires, les Avocats, les « Avoués, parce qu'ils ont une Chambre de discipline, « qui est une vraie Chambre syndicale, soient moins di- « gnes, moins libres, moins indépendants que les Méde- « cins ? (1) » Nous dirons plus; il nous semble au contraire que notre profession, sujette à tant de déboires, à tant de froissements, à tant d'atteintes à la dignité personnelle, retrouvera, par l'union et l'entente, la liberté et l'indépendance relatives auxquelles chacun de nous a droit dans la Société.

II. — *L'Association générale des Médecins de France suffit à l'amélioration morale et matérielle de notre profession; les Syndicats sont inutiles.* — Non, Messieurs, cette proposition n'est pas exacte. En tant que Société de Secours Mutuels, nous reconnaissons et admirons l'utilité de l'Association générale.

Elle soulage et met à l'abri de la misère les vieux Praticiens qui ne peuvent plus combattre le combat de la vie, mais qu'a-t-elle fait et que peut-elle faire pour prévenir les maux, pour améliorer la situation matérielle des Médecins? Rien ou à peu près. Lisez le compte-rendu de M. le Dr Foville, et voyez à ce point de vue les résultats obtenus. C'est, qu'en effet, nos relèvements de tarifs, nos luttes avec les Sociétés de Secours Mutuels, nos rapports avec les clients, et bien d'autres questions, sont extrêmement variables suivant les pays; par là même l'Association générale ne peut nous diriger. Un Syndicat entre Médecins d'une même région peut seul avoir une action efficace. Bien mieux, dans quelques endroits, des Associations départementales ont voulu introduire, dans leurs Statuts, le droit de résoudre des questions pratiques dont nous venons de parler ; les préfets n'ont pas admis ces principes et leur ont rappelé qu'elles devaient se renfermer dans leur rôle de Sociétés de Secours Mutuels ; ceci est arrivé notamment à l'Association locale de Senlis (Oise) et à celle de Saint-Quentin (Aisne). Est-ce à dire, pour cela, que les Syndicats doivent se substituer à l'Association générale ? Non, certainement. Pourquoi cette substitution, du reste ? Le but, en beaucoup de points, n'est-il pas différent? « Avec (1) l'Association et parallèlement à elle, les Syndicats veulent améliorer le sort du Médecin, non pas seulement pour l'avenir, mais aussi, mais surtout pour le présent. Ils veulent l'aider dans ses combats de chaque jour et le soutenir dans ses légitimes revendications. Leur action s'exercera donc à tout instant: c'est la force *in actu*. L'Association viendra à lui quand il ne pourra continuer la lutte et le préservera, s'il le faut, des étreintes de la misère : C'est la force *in posse*. « Comme conséquence pour ainsi dire forcée de cette distinction, qui est dans la nature même des deux institutions, il résulte que l'Association n'a pas de limites géographiques. Son action peut s'étendre partout, sur toute la surface du territoire. Le Syndicat, au contraire, ne doit réunir dans son sein que les médecins qui ont un intérêt immédiat, commun. . . . .

« Cependant, il ne s'ensuit pas qu'ils doivent forcément se limiter à un arrondissement, ni que plusieurs Syndicats ne puissent se réunir, se concerter pour donner, par l'autorité du nombre, une plus grande valeur, un plus grand poids à leur revendications collectives. . . . »

Nous ne resterons pas plus longtemps sur la question ; elle nous paraît résolue.

III. — *Les réglement des Syndicats ne seront efficaces que s'ils ont une sanction : Or, toute sanction est impossible.* — Cette objection, Messieurs, faite quelquefois, nous semble injurieuse pour le Corps médical. Dès que l'un de nous aura signé un engagement, il mettra son honneur à remplir cet engagement. Il y tiendra d'autant plus qu'il saura, fort bien, que légalement, rien ne peut le contraindre. Agir autrement serait le fait d'un malhonnête homme. Poussons cependant les choses à l'extrême ; supposons un Membre assez oublieux de sa dignité pour laisser protester sa signature. Croyez-vous que, devant la réprobation unanime de ses collègues, sa situation soit tenable? Croyez-vous qu'un médecin, mis à l'index par ses confrères, puisse supporter l'isolement qu'il se serait créé ? Evidemment non. Il lui faudrait, suivant un mot célèbre, ou se soumettre ou se démettre. Il n'y a donc pas lieu de prétendre que les réglements édictés par les Syndicats n'ont pas de sanction.

IV. — Le Dr Foville, dans son discours à l'Association générale, reproche aux Syndicats *le manque d'unité de vues*. Nous avons lu avec attention les motifs de ce reproche, et nous avouons qu'ils nous ont étonnés, venant surtout d'un esprit aussi distingué.

M. le Dr Foville paraît établir une confusion entre la réglementation et le but des Syndicats. Le but est unique partout; nous l'avons démontré plus haut. Quant aux moyens pour atteindre ce but, ils sont nécessairement variables, puisqu'ils sont subordonnés à la situation topo-

(1) Dr Barat-Dulaurier, *Concours médical.*

(1) *Chronique des Syndicats*: Concours médical du 9 Décembre 1882 (Dr Barat-Dulaurier).

graphique, aux coutumes du pays, etc. Il y a, par conséquent, diversité de moyens, c'est vrai; mais, en même temps, il y a unité de vues. On ne s'explique donc pas le reproche de M. le Dr Foville, et il nous semble inutile d'insister davantage sur l'objection.

Syndicats existants.

Pour vous donner une idée de l'important mouvement qui se dessine de plus en plus dans toute la France, nous avons cru utile de mettre sous vos yeux la liste des Syndicats existants avec l'époque de leur fondation.

Année 1881.

Mai. — Syndicat de la Vendée: *Président*, Dr Mignen, de Montaigu.

Juillet. — Syndicat du Havre: *Président*, Dr Margueritte, du Havre.

Aout. — Syndicat de Lot-et-Garonne: *Président*, Dr Mouchet, d'Agen.

Aout. — Syndicat d'Indre-et-Loire: *Président*, Dr Bouthery, de Langeais.

Septembre. — Syndicat de Coutras, Dordogne, Gironde et Charente-Inférieure: *Président*, Dr Caussade, de Saint-Médard.

Septembre. — Syndicat de la Nièvre: Arrondissement de Nevers et de Cosne. *Président*, Dr Robert-Saint-Cyr,

Septembre. — Syndicat du Finistère: *Président*, Dr Morvan, de Lannilis.

Octobre. — Syndicat de la Haute-Loire *Président*, Dr Noir, de Brioude.

Octobre. — Syndicat du Médoc: *Président*, Dr Rataillac, de Margaux.

Novembre. — Syndicat des Basses-Cévennes: Gard et Hérault. *Président*, Dr Auguier, de Sommières.

Novembre. — Syndicat de la Haute-Saône: *Président*, Dr Maussire, de Vesoul.

Novembre. — Syndicat de Bernay (Eure): *Président*, Dr Bigourdan, de Brionne.

Décembre. — Syndicat de Rosoy-sur-Cère: *Président*, Dr Gérard, de Montcornet (Aisne).

Année 1882.

Janvier. — Syndicat de La Réole: *Président*, Dr X.

Février. — Syndicat de Saint-Amand (Cher): *Président*, Dr Bonnichon, de Saint-Amand.

Avril — Syndicat de la Charente: *Président*, Dr Desallées, de la Rochefoucauld.

Mai. — Syndicat de Montpellier: *Président*, Dr Saumes, de Montpellier.

Mai. — Syndicat du canton d'Huriel, Allier: *Président*, Dr X.

Juin. — Syndicat du Loiret: Arrondissement d'Orléans. *Président*, Dr Halmagrand père, d'Orléans. — Arrondissement de Gien (Loiret): *Président*, Dr Devade, de Gien, député. — Arrondissement de Montargis (Loiret): *Président*, Dr Billoux, de Cépay. — Arrondissement de Pithiviers (Loiret): *Président*, Dr Augé père, de Pithiviers.

Juin. — Syndicat de la Manche: *Président*, Dr Lhomond, de Saint-Lô.

Juillet. — Syndicat des Deux-Sèvres: *Président*, Dr Rouland, de Niort.

Juillet. — Syndicat de la Haute-Savoie: *Président*, Dr Pinget, de Villars-sur-Boëge.

Aout. — Syndicat de la Charente-Inférieure: Arrondissement de La Rochelle. *Président*, Dr Lafon, de Sainte-Soulle.

Aout. — Syndicat de Meurthe-et-Moselle: *Président*, Dr Deligny, de Toul.

Septembre. — Syndicat de la Dordogne: *Président*, Dr Boissarie, de Sarlat.

Septembre. — Syndicat des Vosges: *Président*, Dr Pierre, d'Epinal.

Octobre. — Syndicat de Maine-et-Loire: *Président*, Dr Chevalier, de Baugé.

Octobre. — Syndicat de la Drôme: *Président*, Dr X.

Octobre. — Syndicat de l'Aisne: Vallées de l'Aisne et de la Vesle. *Président*. Dr Dulieu, de Longueval.

Octobre. — Syndicat de la Seine-Inférieure: *Président*, Dr Levasseur, de Rouen.

Novembre. — Syndicat de la Région Nord du département du Cher: *Président*, Dr Perussault, d'Henrichemont.

Novembre. — Syndicat du Var: Arrondissement de Brignoles. *Président*, Dr Béguin, de Roquebrussane.

Décembre. — Syndicat de l'Isère: *Président*, Dr Gérin, de Rives.

Année 1883.

Janvier. — Syndicat de Crécy-en-Brie: *Président*, Dr Beliard.

Janvier. — Syndicat du Vexin: *Président*, Dr Dufay, de Gisors.

Janvier. — Syndicat de la Vienne: *Président*, Dr Doucet, de Loudun.

Janvier. — Syndicat de l'Oise: Arrondissement de Senlis. *Président*, Dr Millet, de Crépy-en-Valois.

Janvier. — Syndicat de l'Oise: Arrondissement de Beauvais. *Président*, Dr Evrard, à Beauvais.

Fevrier. — Syndicat de Valenciennes: *Président*, Dr Canonne, d'Anzin.

Mars. — Syndicat de la partie suburbaine de l'arrondissement de Bordeaux: *Président*, Dr Lasalle, de Lormont.

Mars. — Syndicat de la Châtre: *Président*, Dr Pestel, de St-Chartier.

Mars. — Syndicat de Corbeil: *Président*, Dr Boucher, de Corbeil,

Avril. — Syndicat de la Corrèze: *Président*, Dr Longy, de Tulle.

Mai. — Syndicat de l'Allier: *Président*, Dr Gouraincourt, de Franchesse.

Mai. — Syndicat de Boulogne-sur-Mer: *Président*, Dr Cuisinier, de Saint-Pierre-lès-Calais.

Mai. — Syndicat de la région de la Seudre (Charente-Inférieure); *Président*, Dr Brisson.

Juin. — Syndicat de l'Orne: Arrondissement de Mortagne. *Président*, Dr Rouyer, à Laigle.

Juillet. — Syndicat de l'Arrondissement de Saint-Jean-d'Angely (Charente-Inférieure): *Président*, Dr Hounaud-Dufie, à Saint-Jean d'Angely.

Juillet. — Syndicat de l'Arrondissement de Château-Chinon. (Nièvre): *Président*, Dr Jouanin, à Moulins-Engilbert.

JUILLET. — Syndicat de la (Haute-Saône) : Arrondissement de Gray. *Président*, Dr Massin, à Vauconcourt. Arrondissement de Lure : *Président*, Dr Paris, à Luxeuil. Arrondissement de Vesoul : *Président*, Dr Coillot, à Montbozon. Chambre syndicale de la Haute-Saône : *Président*, Dr Guillaume, à Vesoul.

AOUT. — Sous-Syndicat de l'Arrondissement de Nancy. (Meurthe-et-Moselle) : *Président*, Dr Pitoy, de Nancy. Sous-Syndicat de l'Arrondissement de Toul : *Président*, Dr Deligny, de Toul. Sous-Syndicat de l'Arrondissement de Briey : *Président*, Dr Bermont, à Norroy-le-Sec. Sous-Syndicat de l'Arrondissement de Lunévile : *Président*, Dr X.

Syndicats existants.

RESULTATS.

Il ne vous suffit pas de reconnaître la liste des Syndicats médicaux qui fonctionnent dans la plupart des départements, vous voulez aussi connaître les résultats qui en ont été la conséquence pour nos Confrères syndiqués.

Dans ce but, nous nous sommes adressés à quelques présidents des Syndicats dont l'organisation remonte à un et deux ans, et nous ne voyons rien de mieux que de vous rapporter ici les principaux passages des lettres que ces honorables confrères nous ont fait parvenir avec le plus grand empressement.

« Les résultats obtenus par notre Syndicat, nous écrit le Dr Mignen, de Montaigu, ont été assez satisfaisants pour que nos confrères nous expriment à chaque occasion leurs sincères remerciements.

Les rapports entre médecins sont de plus en plus empreints de vraie confraternité. Ceux qui ne se voyaient pas, se serrent volontiers la main et respectent réciproquement les clients de leurs voisins, et les malades ont appris par expérience qu'il fallait désormais compter avec la bonne entente qui nous unit.

J'ajouterai que le tarif de nos honoraires a été très sensiblement élevé, et qu'il n'est pas un de nous qui n'ait augmenté ses recettes inscrites et vu accroître d'autant le chiffre des sommes perçues.

Enfin le Syndicat a poursuivi, à ses risques et périls, un rebouteur et une sage-femme, lesquels ont été condamnés à plus de 200 fr. (amende et frais compris). »

« Outre l'avantage, dit le Dr Margueritte, du Havre, de nous connaître de plus en plus, et d'avoir entre nous tous de bonnes et excellentes relations confraternelles, la création du Syndicat a eu pour résultat :

1° La majoration des appointements des médecins du bureau de bienfaisance ;

2° La majoration des émoluments du médecin des agents de police ;

3° La destruction de la société de secours mutuels, fondée par les agents de police pour leurs familles, auxquelles nous avons appliqué ces cinq articles par lesquels nous ferons passer toutes les sociétés de secours mutuels, sans rien brusquer, mais en agissant avec opportunité :

I. — Les membres des Sociétés de secours mutuels sont libres de prendre un médecin à leur choix.

II. — Les visites seront réglées au prix de 2 francs au minimum.

III. — Les consultations seront réglées au prix de 1 franc au minimum.

IV. — Ces honoraires seront garantis par la Société.

V. — Le médecin se réserve le droit de soumettre à un tarif d'honoraires plus élevé que le précédent et proportionnel, toute personne qui, tout en faisant partie de la Société, est dans une position qui autorise manifestement cette surélévation du prix à lui réclamer pour les visites et consultations. »

« L'organisation du Syndicat de Lot-et-Garonne, nous écrit le Dr Cassius, a déjà produit des résultats heureux pour le corps médical de notre région.

Les réunions trimestrielles ont permis aux confrères de se connaître et de mieux s'apprécier, de discuter et d'adopter, dans les cas nombreux et variés que suscitent les difficultés d'une pratique journalière, une ligne de conduite uniforme, favorable à la fois à leur dignité et à leurs intérêts.

Le taux des honoraires a pu être augmenté sans amener de sérieuses difficultés, et, grâce au *Livre noir*, leur rentrée se trouve beaucoup mieux assurée. Le public lui-même commence à se pénétrer de l'idée que lorsqu'on dérange un médecin, il faut le payer.

Le Conseil syndical est intervenu plusieurs fois, avec succès, dans les cas de contestations entre clients et médecins. Il a même pu améliorer, par son intervention, les rapports de quelques-uns de ses membres avec les Sociétés de secours mutuels et diverses administrations. »

Par suite de l'intervention du Conseil des Syndics, les honoraires médicaux-légaux ont été réglés d'un commun accord : « A l'avenir, le parquet et le juge d'instruction « régleront eux-mêmes le prix des honoraires pour les « opérations et expertises médico-légales, au moyen de « vacations de jour et de nuit du prix de 3 fr. et de 4 fr. 50. « Le juge accordera un nombre de vacations équivalent « au prix moyen des honoraires fixés par le tarif du « Syndicat. — Ainsi, par exemple : une autopsie d'adulte « sera payée en moyenne 100 francs, celle d'un enfant « de 50 à 60 fr., l'examen au spéculum, 10, etc. — En « conséquence, le Syndicat de Lot-et-Garonne poursuivant surtout un but pratique, renonce à mettre à exécution jusqu'à nouvel ordre et tant que l'accord subsistera avec le parquet, les résolutions votées dans la « séance du 18 janvier 1883, c'est-à-dire le refus de tout « concours. »

Le Dr Dulaurier, du Syndicat de la Dordogne : « Notre Syndicat remonte au mois de juillet 1881, et nous n'avons pas tardé à en retirer des avantages moraux et matériels.

Au point de vue moral, nous avons eu le plaisir de voir s'éteindre les rivalités qui régnaient dans un grand nombre d'endroits. Des confrères qui n'avaient jamais eu aucun rapport ont vu s'établir des relations dont tous sont aujourd'hui également heureux.

Enfin nous avons eu la bonne fortune d'aplanir, à la satisfaction de tous, des difficultés qui menaçaient de diviser des confrères voisins. Mieux, encore, nous avons pu réconcilier des rancunes jusqu'alors implacables.

Au point de vue matériel, nous avons pu augmenter le chiffre de nos honoraires dans des proportions qui ne sont point à dédaigner.

D'un autre côté, les recouvrements se sont exécutés avec plus de facilité.

S'il reste encore quelque chose à désirer à cet égard, on doit l'attibuer au malaise général qui paraît régner sur toute la France, bien plutôt qu'au mauvais vouloir persistant des clients.

En somme, nous n'avons qu'à nous féliciter des résultats que nous avons déjà obtenus et nous espérons bien que le Syndicat n'a pas dit son dernier mot. »

Le Dr Noir, du Syndicat de la Haute-Loire : « Avant la constitution du Syndicat, les médecins vivaient et pratiquaient tout isolément, sans avoir le moindre rapport, s'appelant peu en consultation ; beaucoup ne se connaissaient même pas et nous étions tous exploités par le client.

Aujourd'hui tous les médecins de l'arrondissement de Brioude font partie du Syndicat ; plusieurs d'entre nous, qui vivaient en mésintelligence, ont vu disparaître leurs dissentiments à la suite de loyales explications en réunion générale, dissentiments survenus le plus souvent en prenant trop au sérieux les commérages des clients. Les prix des visites et des opérations ont été agumentés ; les statuts fidèlement exécutés obligent actuellement les mauvais clients à solder annuellement leur médecin.

En résumé, à chaque réunion, mes collègues se félicitent des résultats obtenus dans l'exercice de notre profession par la constitution du Syndicat. »

Le Dr Rafaillac, du Syndicat du Médoc : « La presque totalité de médecins du Médoc s'est réunie en Syndicat, et nous avons déjà, depuis près de deux ans, recueilli les fruits des légères concessions mutuelles que nous nous sommes faites.

Des confrères qui ne se connaissaient pas, et qui, sur des rapports mensongers, étaient en hostilité, se sont mieux connus, et se sont rapprochés par des liens amicaux.

Nous avons pu relever le prix des honoraires qui laissait à désirer dans certaines contrées ; enfin nous nous estimons très heureux de notre fédération. »

Le Dr Maussire du Syndicat de la Haute-Saône : « Les avantages que nous avons obtenus depuis notre entente sont :

L'élévation à dix centimes par habitant du contingent à fournir par les communes pour la médecine des indigents, au lieu de celui de huit centimes.

La fixation d'une rétribution spéciale pour le service de la vaccine.

Ajoutez à cela beaucoup plus de cordialité que par le passé, l'augmentation des honoraires, le recouvrement plus facile de ces honoraires, et vous aurez le résumé des services rendus par notre organisation jusqu'alors. »

Le Dr Gérard, du Syndicat de Rosoy-sur-Cère : « Je ne suis pas le promoteur du Syndicat, et n'en étais pas au début très partisan ; nous en sommes tous enchantés aujourd'hui. Grâce à nos réunions, nous avons appris à nous connaître et à nous traiter en amis, nous avons pu résister aux exigences et aux vexations des Sociétés de Secours Mutuels qui prétendaient nous contraindre à soigner pour 3 fr. par an des Sociétaires possédant 5 à 6,000 fr. de revenu. Nous sommes parvenus, grâce à notre entente, à élever un peu notre tarif d'honoraires jusque-là dérisoire : et dans des cas de contestations, notre bureau, pris pour arbitre, a fait obtenir gain de cause à certains Confrères. Ces résultats n'auraient pu être obtenus il y a quelques années, avant la constitution de notre Syndicat. »

Le Dr Teissier, du Syndicat de Bernay (Eure) : « Le Syndicat nous a, d'ores et déjà, donné les résultats que j'estime être considérables, il a rapproché les Confrères de l'arrondissement, dont quelques-uns ne se connaissaient même pas ; sans faire naître des amitiés impossibles, il a adouci des antipathies antérieures ; par l'adoption d'un tarif minimum et d'un mode uniforme de recouvrement des honoraires, il a déjà apporté une amélioration sensible dans les prix et dans la régularité avec laquelle les honoraires nous sont payés. Dès maintenant, le public qui nous sait unis, nous exploite moins facilement que par le passé ; il y a, sous ce rapport, une amélioration. Le Syndicat a rejeté toutes les offres à forfait des compagnies d'assurances ; une compagnie contre les accidents a accepté notre principe de rémunération à la visite, suivant notre tarif minimum.

Nous avons fondé notre Syndicats dans l'espoir et dans le but d'être utiles dans le présent et dans l'avenir aux Coufrères qui débutent dans l'exercice de la profession médicale ; eh bien, moi qui ait 17 ans d'exercice, et qui suis le doyen des Médecins de Bernay, j'en ai, au delà de mon attente, obtenu un bénéfice réel, moral et pécuniaire. »

Le Dr Gassot, du Syndicat du Loiret : « Notre Syndicat n'a pas encore une année d'existence et vous n'ignorez pas que le plus long est de s'organiser, nous n'avons donc pu travailler encore beaucoup. Néanmoins les quelques réunions que nous avons tenues ont été intéressantes à divers égards.

Je dois vous dire que l'idée même du Syndicat rencontrait, dans notre région, des adversaires déterminés et que les armes employées pour combattre nos efforts n'ont pas été toujours d'une loyauté parfaite, ce qui a eu pour conséquence de déterminer certains de nos Confrères à rester sur la réserve. Cependant, sur 130 Médecins environ que compte le Loiret, 67 sont devenus adhérents du Syndicat.

Jusqu'à présent, les travaux du Syndicat ont porté surtout sur les questions de Sociétés de Secours Mutuels, d'honoraires, de médecine légale, d'assistance publique, de protection des enfants du premier âge, etc.

Des résolutions ont été prises et commencent à être mises à exécution au très grand avantage de tous, car nos confrères ne se sont jamais départis de cette double règle : obtenir pour le médecin une rémunération en rapport avec les services rendus et maintenir intacts les sentiments de générosité et d'humanité qui sont l'honneur de notre profession.

Pour certaines questions qui touchent nos rapports avec l'administration, le Conseil Syndical a formulé nos revendications et a chargé son bureau d'entrer en relations avec le Préfet et les membres du Conseil général. Nous avons tout lieu d'espérer certaines satisfactions.

Au point de vue matériel, nous en sommes encore là, mais au point de vue moral les résultats sont plus palpables : un esprit de confraternité meilleure s'établit entre nous, les défiances se dissipent, et tous nous pouvons dire que nous gagnons à nous mieux connaître.

Le Syndicat a eu à trancher un différend qui régnait entre trois de nos confrères qui lui ont loyalement soumis leurs griefs, et ces confrères après la sentence arbitrale se sont tendu la main et vivent maintenant dans le meilleur accord.

Le Syndicat est intervenu officieusement dans une question d'exercice illégal, et malgré l'appui non douteux que l'inculpée (c'était une femme) avait près du maire, du curé et aussi d'un député, le tribunal a prononcé une condamnation à 500 fr. d'amende.

Tous les faits particuliers dont nous sommes témoins nous montrent que notre Association ne sera pas vaine

et portera ses fruits; nous savons qu'il faut compter avec le temps, mais nous avons toute la patience nécessaire; d'ailleurs c'est le 3 décembre seulement que notre Syndicat a été définitivement constitué.

Conclusion.

Nous sommes arrivés, messieurs et chers confrères, au terme du travail dont vous nous avez fait l'honneur de me confier la tâche; nous osons espérer que les recherches auxquelles nous nous sommes livrés ne demeureront point infructueuses; et, si elles peuvent ranimer le courage des indifférents et donner la foi à ceux qui doutent, nous serons amplement satisfaits.

D'ailleurs, en présence des témoignages si précieux de nos confrères des différentes contrees de la France, en présence des nombreux avantages qu'ils ont obtenus en se constituant en Association Syndicale, nous pensons que les défiances de quelques-uns, les hésitations d'un plus grand nombre d'entre vous vont s'évanouir à jamais.

Au moment où paraîtront ces lignes, la loi sur les Syndicats professionnels sera votée par les deux Chambres. Elle dit :

« Les membres d'une même profession peuvent, sans « autorisation, se constituer en Société pour défendre « leurs intérêts communs. Ainsi établis, ils jouissent du « bénéfice de la *personne civile*; ce qui leur donne le « double avantage : 1° de posséder, hériter, ester en jus- « tice; 2° de pouvoir être consultés collectivement, no- « tamment par les tribunaux, sur tous les différends qui « qui se réfèrent aux choses de leur profession. »

Ainsi donc, nous avons tout à gagner à nous grouper, à unir nos forces, et alors sans nuire à notre liberté et à notre indépendance, nous obtiendrons la satisfaction qui est due à nos légitimes revendications.

Dr Legallois, de la Ferté-Macé. — Dr Barrabé, de Domfront.

Notre rapport était à l'impression quand nous avons reçu l'annuaire de l'Association générale pour l'exercice 1882. Nous ne connaissions ce qui s'était passé à la vingt-quatrième Assemblée générale que par les comptes-rendus publiés dans diverses feuilles médicales. Ces comptes-rendus étaient nécessairement incomplets. De là, une inexactitude dans notre travail. Dans l'objection contre les Syndicats faite par M. le Dr Foville, le reproche porte non seulement sur le manque d'unité de vues, mais encore sur la diversité des moyens d'action. Nous avouons que nous ne comprenons pas davantage cette nouvelle version. Où M. le Dr Foville voit-il la nécessité de renfermer tous les médecins, dans les étroites limites d'une même règlementation? Qu'importe les différents modes d'action, pourvu que le but soit le même? Nous n'avons rien à modifier à notre première réponse.

En terminant, nous sommes heureux de vous signaler l'impression agréable que la lecture de l'Annuaire nous a laissée. L'Association a réservé cette année, aux côtés pratiques de notre profession, une part plus grande dans ses discussions que celle qui existait les années précédentes. Bien que cette part soit toujours platonique, est-il téméraire de supposer que l'agitation faite pour la formation des Syndicats n'est pas étrangère à cette évolution? Evidemment non. Félicitons-nous donc de ce résultat, quelque minime qu'il soit. Nous comprenons très bien que ceux qui sont à la tête de l'Association, c'est-à-dire que nos maîtres dans l'art médical, que les favorisés du talent et de la fortune, n'aient pas saisi de prime abord l'importance de la question des Syndicats. N'ayant jamais été aux prises avec les mille difficultés que la province réserve à la masse des praticiens, ils se sont trouvés dépassés quand les plaintes sont parvenues jusqu'à eux. Un revirement, favorable aux intérêts communs, se fait actuellement. Accueillons-le avec satisfaction et ayons foi dans l'avenir.

10 juin 1883.

Dr LEGALLOIS. — Dr BARRABÉ.

Appendice.

Nous avons cru, messieurs et chers confrères, devoir compléter notre travail en donnant ci-dessous un modèle de Statuts pris dans les Syndicats qui sont en plein exercice.

Nous présentons ces règlements comme un aperçu de ce que l'on peut faire; car il est bien évident que chaque Cercle Syndical devra les modifier à son gré et à sa convenance.

Statuts.

FONDATION DU SYNDICAT.

Article premier. — Ils est fondé entre les médecins qui adhéreront aux présents statuts, une Société civile, sous la dénomination de Syndicat médical de X...

Art. 2. — Le siège du Syndicat est à X...

Art. 17. — L'assistance aux réunions est obligatoire pour tous les Membres Syndiqués.

Art. 18. — Tout Sociétaire qui ne peut assister aux séances, s'excuse par lettre et donne à un Confrère le pouvoir de le représenter.

Art. 19. — Le sociétaire qui, absent, ne se fait pas représenter, doit à la caisse la somme de...

Art. 20. — Le compte-rendu des réunions, dressé par le Secrétaire-trésorier, sous le contrôle du Bureau, est adressé à chacun de membres du Syndicat.

Fonds social.

Art. 23. — Le fonds social se compose du produit des cotisations, indemnités, dons, legs et autres fonds et revenus qui pourront provenir à la Société, de quelque source que ce soit.

Art. 22. — Le chiffre de la cotisation annuelle est fixée à... .

Cette somme doit être versée à la caisse du Secrétaire-trésorier. à l'Assemblée générale.

Art. 23. — Les cotisations non payées à la réunion générale seront recouvrées par la poste dans les trois mois suivants.

Art. 24. — Le fonds social est destiné à couvrir les dépenses communes, les frais de bureau, impressions, correspondances, etc.

Dissolution.

Art. 25. — En cas de dissolution du Syndicat, le fonds

social est versé à la Caisse des pensions et retraites de l'Association générale des Médecins de France.

Fédération des Syndicats.

Article Premier. Les divers Syndicats de .... pourront se fédérer et former un Syndicat uuique subdivisé en cercles Syndicaux.

Art. 2. — Chaque cercle aura son autonomie propre, établira ses réglements particuliers, et délibérera sur les questions d'intérêt local.

Art. 3. — Dans le cas de fédération des Syndicats, il y aura un Conseil Syndical.

Art. 4. — Les Membres du Conseil Syndical seront nommés en assemblée général par chaque Cercle, à raison de deux Membres par cercle.

Art. 5. — La durée des fonctions des Membres du Conseil Syndical est de deux ans; ils sont rééligibles.

Art. 6. — Au moins deux fois par an, le Conseil Syndical se réunit pour délibérer sur les questions professionnelles qui lui sont indiquées, fait un rapport sur ces questions pour les soumettre à l'Assemblée générale.

Art. 7. — Le Conseil Syndical nomme son Bureau, c'est-à-dire un Président et un Secrétaire ; en cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

CONSTITUTION

De la Société du "Concours médical,,

I

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le docteur Cézilly expose :

1° Que, frappé de l'impossibilité qu'éprouvaient à se produire au grand jour les revendications professionnelles du corps médical, a fondé, de ses deniers, un journal d'un caractère spécial: *Le Concours médical*, où, à côté des questions d'ordre scientifique, une large place serait laissée aux questions professionnelles ;

2° Qu'une œuvre de ce genre, nouvelle en France, ne pouvait être menée à bonne fin que grâce à l'appui de ses confrères, et, qu'en conséquence, il a provoqué l'adhésion écrite de nombreux médecins aux vues professionnelles et médicales qu'à diverses reprises il a exposées au corps médical ;

3° Que dans le programme de l'œuvre, il a été formellement convenu que l'appui fourni par ces adhésions au fondateur du dit *Concours médical*, aurait pour conséquence l'établissement de la propriété indivise du journal entre tous les médecins qui signeraient le susdite adhésion;

Mais que, d'autre part, il a été non moins expressément stipulé dans la formule d'adhésion que les signataires ne pourraient, en aucun cas, être tenus à aucune contribution ni responsabilité pécuniaires quelconques;

4° Qu'entre le fait de propriété, d'une part, et celui d'absence de charges éventuelles, d'autre part, il existe une incomptabilité absolue, et que, par conséquent, nécessité est de rechercher la solution la plus conforme aux intérêts de tous ;

5° Qu'à cet égard, les propositions faites par le Conseil judiciaire du *Concours médical*, dans la séance préparatoire du 16 décembre 1880, donnent toutes les satisfactions désirables et concilient de la façon la plus heureuse les termes du contrat moral intervenu entre le fondateur et les adhérents du *Concours médical ;*

6° Enfin que ces propositions, agréées par l'unanimité des membres présents à la séance préparatoire et publiées dans le compte-rendu de cette séance, n'ont soulevé, de la part des autres adhérents, aucune objection et, qu'en conséquence, il y a lieu de les adopter d'une façon définitive.

Ceci exposé, le docteur Cézilly, soussigné, établit les conventions suivantes :

1. — Propriété du journal.

Article premier. — La propriété du journal « *le Concours médical* » reste appartenir au docteur Cézilly, son fondateur.

Art. 2. — Cette propriété se transmettra aux ayants-droit du docteur Cézilly.

Art. 3. — En cas de vente de cette propriété, la société ci-après formée entre les membres du *Concours médical* jouira du droit de préemption à prix égal.

L'acquéreur sera tenu d'exécuter toutes les charges et conditions résultant des présentes conventions.

2. — Administration et gérance.

Art. 4. — Les fonctions de rédacteur en chef, celles d'administrateur et de gérant du journal « *le Concours médical* » sont dévolues au docteur Cézilly.

Art. 5. — Ses droits sont limités par ceux des comités d'administration, de rédaction et d'études des annonces dont il sera parlé plus loin.

Art. 6. — Le docteur Cézilly a le droit de présenter son successeur aux fonctions mentionnées à l'article 4, sous les seules conditions que celui-ci sera membre du *Concours médical* et agréé par l'assemblée générale.

Cette faculté, personnelle au docteur Cézilly, ne sera attribuée à son successeur que si celui-ci est seul propriétaire du journal.

Art. 7. — Si, pour une raison quelconque, le docteur Cézilly, ou son successeur, n'a pu user de cette faculté, la désignation du nouveau titulaire des fonctions mentionnées à l'article 4, sera faite par un conseil composé des membres des trois comités désignés par l'article 5, auxquels s'adjoindra, pour la circonstance, le propriétaire du journal ou son représentant dûment délégué.

Cette désignation, qui ne pourra porter que sur un membre du *Concours médical*, sera soumise à la ratification de l'assemblée générale.

3. — Bénéfices de l'exploitation.

Art. 8. — Tous les frais généraux prélevés, les béné-

fices nets provenant de l'exploitation du journal *le Concours médical* appartiennent :

10 0/0 à la propriété du journal.

90 0/0 à la société civile du *Concours médical* dont il va être ultrieurement parlé.

Art. 9. — Cette proportion ne pourra être modifiée tant que les fonctions mentionnées à l'article 4 resteront entre les mains du docteur Cézilly, ou de toute autre personne désignée directement par lui, conformément à l'article 6 ci-dessus.

Mais, si le titulaire de ces fonctions était nommé conformément à l'article 7 ci-dessus, la propriété du journal serait alors rémunérée par le prélèvement de 10 0/0 sur les recettes brutes, et non plus sur les bénéfices nets de l'exploitation.

4. — Société civile.

Art. 10. — Sur ces bases est foudée *la Société civile du Concours médical* dont suivent les statuts.

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ

Du Concours médical

Article premier. — Il est fondé une société entre ;

D'une part le fondateur du *Concours médical.*

Et d'autre part, tous ceux qui adhéreront aux présents statuts d'après le mode ci-après indiqué à l'article 16.

Art. 2. — Cette société prend le nom de *Société civile du Concours médical.*

Son siège est à Paris. — Sa durée est illimitée.

Art. 3. — Elle a pour objet la perception, l'encaissement et l'emploi de la fraction 90 p. 0[0 des bénéfices nets provenant de l'exploitation du journal *le Concours médical*, ainsi qu'il est stipulé à l'article 8 des conventions précédentes.

Art. 4. — Les docteurs en médecine ou officiers de santé reçus devant une Faculté française peuvent seuls être admis au nombre des membres de la Société civile.

Art. 5. — Le nombre des membres de la Société civile n'est pas limité.

Art. 6. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres ; mais cette exclusion ne pourra être prononcée que pour cause d'indignité. Un réglement intérieur déterminera les conditions dans lesquelles ces exclusions seront prononcées.

Art. 7. — Les membres de la Société civile peuvent se retirer par simple lettre adressée au directeur.

Art. 8. — Le sociétaire qui se retire, ou qui est l'objet d'une exclusion, perd, *ipso facto*, tous ses droits dans l'actif social et les avantages sociaux. Il n'est admis à faire valoir aucune revendication.

Art. 9. — Le fonds social se compose :

a, des 90 p. 0/0 annuellement prélevés sur les bénéfices de l'exploitation de ce journal ;

b, des fonds et valeurs provenant de l'emploi et des revenus de ces bénéfices ;

c, de tous les dons et legs faits au profit de la Société et, en un mot, de tous les fonds et revenus qui pourront provenir à la Société de quelque source que ce soit.

Art. 10. — Le fonds social ne peut, en aucun cas, être distribué entre les sociétaires par voie de répartition individuelle et proportionnelle. Il ne peut être employé que dans l'intérêt commun et dans un but d'utilité générale, et, en tous cas, que conformément aux décisions de l'Assemblée générale annuelle.

Partie de ce fonds pourra être affectée, par cette Assemblée, aux besoins d'un ou plusieurs sociétaires, dans un but de solidarité et de confraternité.

Art. 11. — Le docteur Cézilly est directeur de la Société, conformément à l'article 1856 du code civil.

Art. 12. — Près du Directeur sont institués trois comités consultatifs :

a, Comité d'administration.

b, Comité de rédaction.

c, Comité d'étude des annonces.

La composition et les attributions de ces comités, ainsi que le mode de nomination de leurs membres seront fixés par un règlement intérieur.

Art. 13. — Chaque aunée a lieu une assemblée générale des sociétaires ; cette assemblée prononce souverainement sur toutes les questions intéressant la Société civile.

Art. 14. — L'Assemblée délibère valablement à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre.

Nul ne peut se faire représenter à l'Assemblée générale.

Art. 15. — La société sera dissoute à défaut de bénéfices provenant de l'exploitation du journal le *Concours médical.*

Art. 16. — L'adhésion aux présents statuts sera constatée par l'acceptation, *sans retour dans la quinzaine de son envoi*, d'une carte qui sera adressée, sous leur nom et leur numéro d'inscription respectifs, à tous les médecins qui ont donné leur adhésion au programme du *Concours médical.*

Cette carte servira de titre pour la participation à tous les actes de la Société.

Art. 17. — Des réglements intérieurs, proposés par le Directeur et approuvés par l'Assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes exposés dans les présents statuts.

Art. 18. — Aucune modification ne pourra être faite aux présents statuts ni aux conventions qui les précédent que du consentement des parties contractantes, savoir :

Le ou les propriétaires du journal, d'une part ;

Et, d'autre part, la société civile du *Concours médical.*

Art. 19. — Les modificatious dont il est parlé à l'article précédent seront faites, en ce qui concerne la Société civile, par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, avec indication préalable de l'ordre du jour.

Art. 20. — Les présentes ont eté soumises à l'examen et à la ratification d'une Assemblée générale constitutive le 21 août 1881. Les délibératious ont été prises, dans cette assemblée, à la majortité absolue des membres présents, et les décisions sont obligatoires pour tous les adhérents.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

DEVOIRS ET DROITS DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL.

DEVOIRS :

1o Tout adhérent déclare, par le fait de son *adhésion*, *approuver le programme des vues de la Société*, exposé, à diverses reprises, par la Direction, dans les comptes-rendus des Assemblées et en accepter les *statuts*.

2o Il s'engage, à concourir, de tout son pouvoir, à l'*effort professionnel de la Société*, en vue de l'union et de l'action commune, à exercer par tous ses membres, pour obtenir des améliorations morales et matérielles dans la situation des membres du corps médical.

3o Il s'engage à contribuer à la *prospérité matérielle* de la Société, en accordant, dans la limite de ses devoirs professionnels, une préférence, sur leurs similaires, aux eaux minérales, produits pharmaceutiques, établissements médicaux, Compagnies et fournisseurs communs, adoptés après examen du Comité d'études des annonces, et publiés dans le *Journal*.

4o Il s'engage à prêter, dans la mesure de ses forces, aide et assistance à tout *membre de la Société* qui ferait appel à son intervention, et à contribuer ainsi à la *prospérité morale* de l'Association.

5o Il s'engage à considérer le *Journal* comme sa *propriété personnelle* et la *Société* comme une *famille de son choix*.

6o Il s'engage à propager et à faire partager, par ses confrères, les vues de la *Société du Concours médical* et à lui *amener des adhérents*.

7o Il s'engage à propager l'*Association entre médecins, sous toutes ses formes*.

8o Il s'engage, dans le cas où il viendrait à ne plus partager les vues de la Société, et ne pourrait plus contribuer à sa prospérité et à son influence, à donner sa démission, en *renvoyant sa carte de membre de la Société*.

DROITS :

1o Le droit de faire partie de la *Société civile du Concours médical* appartient à tout médecin français régulièrement diplômé.

2o Les droits et la situation de tous les membres du *Concours*, quelle que soit leur date d'inscription, sont égaux.

3o Tout médecin, insuffisamment informé, peut souscrire un *abonnement* au journal et n'adhérer que lorsque, par une lecture plus ou moins prolongée, il a entièrement acquiescé aux vues de la Société.

4o Tout adhérent devient *copropriétaire* du journal, organe et propriété de la *Société*, et a le droit de le recevoir *sans payer le prix de l'abonnement*.

5o Tout adhérent, en présentant sa *carte de Sociétaire*, a le droit de participer à toutes les réunions et à tous les actes de la Société.

6o Tout adhérent a le droit, au moins une fois par année, à l'occasion des Assemblées générales, de formuler son avis sur la *gestion*, la *rédaction*, et les *tendances* du journal, ainsi que sur le *choix des annonces* que celui-ci accepte, en participant à la *nomination des comités* chargés de représenter les intérêts de la Société, dans la limite des *statuts*.

6o Il a le droit de recourir à tous les *fournisseurs communs* choisis ou à choisir par la *Société*, et de recueillir les avantages stipulés en faveur des adhérents, sur la simple énonciation de sa qualité de *membre du Concours médical*.

7o Il a le droit de recueillir, en cette même qualité, les réductions stipulées par les Compagnies qui les ont consenties et *les consentiront* en faveur des adhérents, et de recourir à l'intervention de la *Caisse de prévoyance des Assurés sur la vie, membres du Concours*.

8o Il a le droit de demander, *sauf approbation des Comités, l'insertion, dans le journal de la Société*, des communications scientifiques, professionnelles et d'intérêt privé.

9o Il peut faire appel à l'*intervention morale et matérielle de la Société* en vue d'une revendication personnelle légitime.

10o Il a la faculté de recourir au *conseil judiciaire* et au *conseil financier* de la Société.

11o Il peut réclamer le *service gatuit* du journal en faveur d'un membre de sa famille arrivé aux dernières années de ses études médicales.

12o Il a le droit de jouir de tous les avantages que procurent les *Institutions d'intérêt général et particulier* que crée l'Assemblée générale, sur les propositions des membres de la Société, avec les ressources que lui fournira le journal le *Concours médical*.

FORMULE D'ADHÉSION

Je soussigné (NOM, PRÉNOMS ET QUALITÉS)

Médecin à

arrondissement d *département d*

âgé de *reçu en* *partageant les principes et approuvant les vues de la Société civile le* **Concours Médical**, *désire en faire partie. Je recevrai, à titre de* **membre de la Société**, *le journal, sans avoir à payer le prix de l'abonnement et ne serai tenu à aucune contribution ou responsabilité pécuniaires.*

A *le* 1883

DÉTACHER, AFFRANCHIR ET ADRESSER A M. LE DIRECTEUR DU CONCOURS MÉDICAL

9, RUE DU FAUBOURG-POISSONNIÈRE, 9, PARIS.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Septembre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 35

SOMMAIRE

BULLETIN

La saison des vacances commence à se faire *sentir à l'Académie*, les *séances y deviennent* courtes et peu chargées.

Nous relevons cependant une intéressante lecture dans laquelle M. *Burq* indique un nouvel emploi de la métallothérapie: il ne s'agit de rien moins que de préserver du Choléra par l'usage du cuivre *intus* et *extra*.

M. Burq n'étant pas membre de l'Académie, sa communication n'est pas publiée au *Bulletin de l'Académie*. Nous la faisons connaître à nos lecteurs d'après un court résumé que l'auteur a fait lui-même pour la *Tribune médicale*.

« Des observations et des faits sans nombre vérifiés partout par ceux qui se sont donné la peine d'y regarder de près, et jamais démentis par aucun témoin oculaire; les statistiques de décès cholériques de Blondel et de Trébuchet; une enquête de la Préfecture de police après l'épidémie de 1865; trois rapports au Conseil d'hygiène de Michel Lévy en 1861, Vernois en 1869, et Devergie en 1876; un quatrième rapport fait en 1873 par le docteur Panchon à la Société de médecine de Marseille; des renseignements confirmatifs envoyés du berceau même de la maladie par le R. P. Damien, à la fois médecin et missionnaire apostolique à Bagdad, ont démontré sans réplique: « que tous les individus que leur profession, leur cohabitation ou le simple voisinage d'industries à cuivre expose à subir journellement une imprégnation cuprique, jouissent généralement, par rapport au choléra, d'une immunité proportionnelle à cette imprégnation acquise au moment même où sévit le fléau, et que les exceptions — il en existe — sont pour le moins tout aussi rares que celles de personnes bien et dûment vaccinées qui prennent encore la petite vérole.

Cette préservation ne surprendra plus personne, si l'on réfléchit que les sels de cuivre sont des agents de protection efficaces pour la conservation des traverses de chemins de fer, des poteaux télégraphiques, des bâches, du blé sec, et si l'on considère que des expériences faites récemment dans les laboratoires de l'Ecole normale, de la Sorbonne et de Montsouris ont placé si haut ces sels, sous le rapport de leur antisepticité, qu'ils sont maintenant l'une des bases principales des prescriptions hygiéniques édictées par l'autorité.

D'autre part, il est parfaitement acquis maintenant, grâce aux expériences que nous fîmes en 1869, en collaboration avec le docteur Ducerm, et qui ont été publiées par les Annales de physiologie normale et pathologique, et à celles qu'a faites ensuite M. le docteur Galippe, que l'on peut ingérer impunément une préparation de cuivre telle que le bioxyde de cuivre, par exemple, à une dose progressive voulue pour se mettre dans les mêmes conditions que les ouvriers en cuivre les plus épargnés.

Tout cela étant, la préservation cuprique s'impose d'autant plus qu'il existe déjà un nombre respectable de faits qui militent en sa faveur. « En ce moment, dans le Delta du Gange et en

Egypte, les officiers français et anglais se préservent par le cuivre, » aurait dit M. le professeur Vulpian.

Donc : 1° Application du cuivre en ceinture, soit sous la forme métallique, armatures, plaques de cuivre *rouge*, ou même de simples sous bien décapés et cousus ensuite sur une lanière de cuir souple, soit en ceinture dans une pièce de flanelle ;

2° Combustion à domicile de bichlorure de cuivre dans des lampes à alcool ordinaire ou méthylique (esprit de bois);

3° Usage quotidien d'une préparation de cuivre, à dose progressive, de bioxyde, par exemple, qui n'a aucun goût, depuis 0 gr., 01 jusqu'à 0, 06 cent., en deux fois dans la journée, ou bien d'un quart de lavement à l'eau tiède matin et soir, contenant de 0,05 à 0,20 cent. de sulfate de cuivre, suivant les âges ;

4° Mouiller le vin du repas, si faire se peut, avec une eau minérale naturelle contenant un sel de cuivre, et faire usage de légumes verdis par le sulfate de cuivre. Se conformer d'ailleurs aux sages prescriptions hygiéniques édictées, tels sont les divers moyens de préservation efficace basés sur une expérience qui remonte maintenant à trente années.

Reste la question, *essentiellement distincte*, du traitement du choléra par les sels de cuivre. Nous en ferons l'objet d'une communication ultérieure. »

Si le cuivre présente effectivement les vertus annoncées par M. Burq, il deviendra un métal bien précieux ; mais, dès la séance suivante, M. le Dr *Bailly*, de Chambly (Oise), est venu attaquer les prétendues propriétés prophylactiques du cuivre.

M. Bailly pratique la médecine depuis seize ans, à Bornel, (village où se trouve une usine qui emploie plus de cinq cents ouvriers à fabriquer des couverts et des pièces d'orfévrerie en métal blanc, métal composé d'un alliage de cuivre, zinc et nickel, dans lequel le cuivre entre pour une très forte proportion, 70, 80 et même 90 0/0.

Or, dans les épidémies de fièvre typhoïde qui se manifestent de temps en temps dans la vallée où se trouvent situés les divers villages où exerce M. le docteur Bailly, des ouvriers employés à cette usine ont été frappés par la maladie, et ont payé le tribut le plus considérable à l'épidémie. D'où notre confrère conclut que le cuivre ne donne nullement aux cuivreux l'immunité de la fièvre typhoïde.

Les cuivreux n'ont pas été davantage exempts de la diarrhée cholériforme. Ils n'ont pas été préservés de la rougeole, de la diphthérie, des oreillons, de la coqueluche, du charbon.

M. Bailly parle de l'immunité contre les maladies en général, M. Burq a surtout parlé de l'immunité contre le choléra. Il ne faut pas déplacer la question, si l'on veut bien s'entendre.

Quoi qu'il en soit, le débat est ouvert : il appartient maintenant aux praticiens d'expérimenter la nouvelle méthode proposée, pour nous permettre de juger de sa valeur, en connaissance de cause. Fort heureusement, il est probable que ce n'est pas en France que nos confrères pourront, cette année du moins, tenter l'expérience.

Parmi les candidats heureux du dernier concours d'agrégation d'anatomie, nous relevons les noms de MM. Wertheimer et Demon, pour la Faculté de Lille : nos lecteurs seront certainement heureux d'apprendre que ces deux confrères sont membres du *Concours*, et ne refuseront pas de se joindre à nous pour les féliciter de leur succès.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la blennorrhagie, de sa nature et de son traitement.

par le Dr ARMAND RIZAT.

(*Suite*)

Avant de parler des complications de la blennorrhagie, je dois faire connaître une méthode de traitement imaginée par le Dr Curtis, de New-York, et qu'il appelle : *Injection rétrograde d'eau chaude*. Cet auteur avait constaté que le canal de l'urèthre pouvait supporter de l'eau chaude à une température beaucoup plus élevée que celle tolérée par la main, et il avait vu, avec l'endoscope, que le passage de cette eau très chaude dans l'urèthre déterminait d'abord une congestion de la muqueuse, suivie, au bout de quelques instants, d'une anémie complète. Il eut alors l'idée d'appliquer ce traitement à la blennorrhagie. Voici comment Curtis procède. Il fait suspendre au plafond un récipient quelconque plein d'eau, et au dessous se trouve une lampe à alcool destinée à porter l'eau à la température voulue. De la partie inférieure de ce récipient part un tube en caoutchouc, muni d'un robinet et venant s'adapter sur une sonde numéro 8. Le malade s'assied, introduit la sonde dans son canal et laisse arriver l'eau préalablement chauffée à 38 ou 40° puis, lorsque la température de l'eau commence à devenir tout juste intolérable, et Curtis a constaté au thermomètre 180° à 190° Fahrenheit (82° à 87° Centigrades), on enlève la lampe et on continue à laisser couler jusqu'à ce

que le vase soit épuisé. En suite on fait, par le même moyen, une injection médicamenteuse chaude ainsi formulée.

Tannin........	āā......	2, gr. 50
Iodoforme......		
Glycérine...............		32 —
Eau distillée.............		100 —

Curtis désigne cette médication sous le nom d'injection rétrograde d'eau chaude et il en a obtenu de bons résultats : ainsi, dans douze cas, la suppuration a été arrêtée en trois jours; dans trois cas, la blennorrhagie a avorté; dans six cas, la maladie n'a pas duré plus de six à dix jours; enfin un cas de blennorrhée, qui durait dequis neuf mois, a été arrêté en sept jours par l'injection d'eau chaude aidée de la dilatation.

N'ayant pas expérimenté par moi-même ce traitement, je ne puis en faire l'éloge, ni le blâmer; seulement je crains que ce procédé de thérapeutique ne puisse pas être facilement exécuté par les malades qui ont à tenir compte de certaines considérations d'ordre paternel ou conjugal. Il ne sera pas non plus très commode *à suivre en voyage*. Mais dans un hôpital, on peut sans aucune espèce de danger essayer ce traitement.

J'arrive aux complications de la blennorrhagie.

Epididymite.

La plus fréquente de toutes les complications est, sans contredit, l'inflammation de l'épididyme ou *épididymite*. On désigne habituellement cette complication sous le nom d'*orchite* (orchis, testicule.) Mais cette dénomination n'est pas exacte, car, dans l'immense majorité des cas, c'est l'*épididyme* qui s'enflamme et non le *testicule*. Ce dernier reste presque toujours indemne. Quand le processus inflammatoire gagne le testicule, cela donne lieu à une *orchi-épididymite*. Mais l'inflammation commence toujours par l'épididyme, et si le testicule ne prend pas toujours part à l'inflammation de l'épididyme, ce dernier, au contraire, sympathise toujours aux souffrances de la glande et, à eux deux ils imposent au malade une cruelle expiation.

L'épididymite s'annonce par une sensation de pesanteur accompagnée de tiraillements. La peau du scrotum devient rouge, enflammée, le gonflement de la partie malade s'accuse, surtout à la tête, à la queue de l'épididyme, en même temps que le sujet éprouve comme une pression douloureuse qui augmente de plus en plus et les souffrances arrivent bientôt à leur summum d'intensité. Quelquefois on observe de la fièvre, du délire; du côté du tube digestif, de l'inappétence, des vomissements alimentaires ou bilieux, et presque toujours de la constipation.

Une fois l'orchite établie, quelles sont les indications thérapeutiques ?

La première chose à faire est de débarrasser les intestins avec un purgatif salin. Puis il faut recourir à la médication externe. Le traitement qui permet d'agir à coup sûr et rapidement contre l'élément inflammatoire et contre l'élément douleur, c'est la *glace*. Recommandée par M. Diday, cette précieuse médication laisse loin derrière elle les autres traitements tels que les sangsues, cataplasmes etc. dont je parlerai tout à l'heure. Ses effets dans les orchites douloureuses, quand les malades se roulent et se tordent sur le lit, en proie aux atroces souffrances qu'ils comparent très exactement, à celles que produirait une compression énergique et permanente de la partie entre les doigts, ses effets, dis-je, sont réellement surprenants, comme action rapide et sédative, « la douleur, me disait un malade, a disparu comme si on l'avait enlevée avec la main. »

Voici comment on procède. On introduit de petits fragments de glace dans une vessie en caoutchouc assez grande pour pouvoir envelopper complètement le scrotum; et on maintient le tout soit par un coussin placé entre les cuisses, soit par une planchette échancrée, et reposant sur la face antérieure des cuisses. L'échancrure de la planchette est destinée à embrasser la région périnéo-scrotale.

Quand on emploie la glace, il se passe un fait d'ailleurs sans importance, mais qui n'en inquiète pas moins le malade; et il est bon de le prévenir. Au bout de huit ou douze heures de traitement, on constate que les parties sont beaucoup plus volumineuses qu'avant l'application de la glace. Ceci tient à ce que la peau est épaissie, ce dont on peut s'assurer en la prenant entre deux doigts; on constate, de plus, qu'elle est rétractée, et, enfin qu'elle a une teinte bleuâtre, cyanosée et présente, de petites ecchymoses çà et là : la peau a pour ainsi dire été légèrement frappée de congélation; mais, en revanche, la douleur est bien diminuée, et la palpation, qui causait tant de souffrances au malade, est maintenant facilement tolérée. Seulement cette indolence n'est qu'apparente, car, si l'on supprime la glace, ou si, pour une raison ou pour une autre, le malade vient à en manquer, les douleurs reparaissent avec la même intensité. Aussi l'emploi du traitement réfrigérant doit-il être continué pendant quatre ou cinq jours. Lorsque la douleur a complètement disparu, on remplace la glace par des compresses d'eau blanche; car c'est encore un des meilleurs résolutifs, sinon le meilleur, que nous possédons, et dans le cas actuel, il rend de très grands services.

Quand les malades pourront se lever, on leur fera continuer les compresses d'eau blanche recouvertes de taffetas gommé ou de tout autre tissu imperméable, et on maintiendra le tout par un suspensoir bien conditionné.

A défaut de glace qu'il est difficile de se procurer partout, on peut employer des compresses d'eau très froide qu'on renouvellera le plus souvent possible.

Quand aux autres traitements que l'on emploie contre l'épididymite, tels que sangsues et cataplasmes, ils ne produisent pas à beaucoup près un effet aussi marqué que la glace.

Les sangsues, on le sait, ne peuvent être appli-

quées que sur le trajet du cordon et non sur la *peau du scrotum*; et, bien qu'on les mette au nombre de huit ou dix, l'évacuation sanguine qu'elles provoquent ne diminue pas aussi promptement l'intensité des douleurs; par contre, elle a l'inconvénient d'affaiblir les malades. Aussi ne doit-on y avoir recours que le plus rarement possible.

Les cataplasmes que l'on a tant préconisés sont absolument impuissants à procurer le moindre soulagement de la douleur, et encore faut-il qu'ils soient fortement arrosés de laudanum. Il serait préférable de les employer froids, et dans ces conditions les cataplasmes de fécule ou d'amidon rempliraient mieux le but.

Tout ce que je viens de dire pour le traitement de l'orchi-épididymite, s'applique également à la *funiculite* ou inflammation des organes contenus dans le cordon.

Reste maintenant à traiter les suites de l'épididymite, c'est-à-dire l'engorgement de la tête et de la queue de l'épididyme. M. le Dr Langlebert a conseillé de faire des frictions avec une pommade résolutive quelconque onguent napolitain, pommade iodurée etc, d'envelopper le testicule d'ouate et de recouvrir d'un imperméable quelconque, le tout maintenu par un suspensoir; en outre, de faire prendre au malade de l'iodure de potassuim, à la dose de 1 gramme par jour. Ce traitement est excellent, à condition de l'instituer immédiatement. Je l'ai employé et, dans deux cas, les épididymes sont revenus à leur état normal. Mais si, au bout de trois semaines à un mois, on ne voit survenir aucun changement, il faut y renoncer.

Quant aux soins hygiéniques, les malades devront éviter la constipation, et, pour atteindre ce but, prendre, tous les deux jours, soit un verre d'eau purgative, soit un lavement. Ils ne devront jamais faire le moindre effort pour aller à la selle.

Pour ce qui est des badigeonnages faits, soit avec la teinture d'iode, soit avec le collodion, ou encore avec l'acide nitrique — ce dernier employé par Chassagnac qui l'appelait le *suspensoir de velours*; — je n'en parlerai que pour les rejeter de la façon la plus absolue, car on n'a pas trouvé mieux pour exaspérer les souffrances des malades.

L'épididymite blennorrhagique se termine très rarement par la suppuration, tandis que cette complication se rencontre très fréquemment avec *l'orchite traumatique*. Le traitement de cette dernière est exactement le même que celui de l'orchite blennorrhagique; mais on pourra en augmenter l'efficacité en appliquant, au-dessous de la vessie de glace, des compresses d'eau phéniquée à la dose de 2 grammes pour cent. Si, malgré ces précautions, il se faisait une collection purulente, on donnerait issue au pus, tout en continuant le même pansement.

CHIRURGIE PRATIQUE

APPAREILS PLATRÉS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES.

Il est difficile de faire un bon appareil plâtré; telle est la réflexion que nous avons souvent faite et entendu faire. Beaucoup d'élèves qui suivent les services d'hôpitaux voient appliquer sur un membre fracturé un de ces appareils; le lendemain, ils touchent du bout du doigt la gouttière obtenue, elle est bien solide, bien régulière : ils sont émerveillés et se promettent bien de ne jamais se servir de l'ancien et excellent bandage de Scultet. Une fois arrivés au lit d'un malade dans leur clientèle, il leur faut mettre la main à la pâte, et souvent ils s'aperçoivent avec déception, que ce gracieux appareil, qui paraît si simple à construire, est en réalité d'une exécution difficile; ils voient peu à peu qu'il faut prendre une foule de minutieuses précautions, si l'on veut avoir un résultat parfait. Lorsque nous avions l'honneur d'être interne des hôpitaux, il nous est, un grand nombre de fois, arrivé l'occasion de construire des appareils plâtrés pour fractures; souvent, dans nos débuts, nous avons eu des déboires, souvent nous avons été obligé de recommencer. Aujourd'hui, nous nous proposons d'offrir à nos lecteurs le résultat, encore minime il est vrai, de nos réflexions et de notre expérience. Nous nous efforcerons surtout de faire connaître, avec le plus grand soin, tous les détails de technique qui nous ont donné les meilleurs effets.

I. De l'application des appareils platrés en général.

A. — *Avantages des appareils plâtrés.* — Il est inutile de retracer ici l'historique de l'emploi du plâtre dans les appareils destinés à maintenir les fractures. Comme presque toutes les substances qui se solidifient par la dessiccation, il a été employé et, à cause des avantages nombreux qu'il présente, son usage a été conservé. On a d'abord construit des appareils massifs, on entourait de plâtre coulé le membre fracturé et placé dans une boîte oblongue. Maintenant, on emploie universellement des pièces formées de linge fin, qui, trempées dans du plâtre délayé, prennent une consistance extrêmement solide.

Ces appareils réunissent un grand nombre de qualités sur lesquelles nous ne ferons que rappeler l'attention. Le matériel est très simple, on a partout du *plâtre*, et le praticien de la campagne peut en faire sa provision pour un certain temps. Il peut aussi avoir sa pièce de *tarlatane*, étoffe fine et d'un prix peu élevé, qu'il utilisera et pour la confection des appareils de fracture et pour le pansement des plaies. On évitera ainsi tous les ennuis de la construction des appareils formés d'attelles de bois, de coussins de balle d'avoine, de bandelettes séparées, que l'on connaît. La *sim-*

plicité extrême du matériel, tel est le premier avantage.

L'appareil ainsi construit présente une très grande légèreté, et, en outre, agissant par une compression très exacte, puisqu'il se moule sur la forme même du membre, il immobilise complètement et très exactement les fragments de l'os fracturé. Cette immobilité parfaite, jointe à la légèreté de l'appareil, est une condition qui rend la vie des fracturés plus supportable. Elle diminue la durée du traitement, elle évite à ces malheureux les douleurs que leur causaient les manœuvres fréquentes nécessaires pour resserrer, vérifier, consolider les anciens appareils. Elle permet de les lever, avec précaution pour les changer de lit et, s'il est besoin, de les transporter en voiture, par exemple, elle rend ce voyage plus facilement supportable. Les fractures simples ne sont pas les seules qui bénéficient des avantages que nous venons de signaler, celles qui sont compliquées de plaie en retirent aussi les plus grands bienfaits. Si la plaie est petite et peut être traitée par l'occluion complète, l'immobilité exacte, à laquelle est soumis le membre, l'empêchera de s'agrandir et hâtera sa guérison. La plaie est-elle plus considérable, sans nécessiter des pansements fréquents; on peut, après avoir appliqué un appareil disposé de façon à laisser libre l'accès de cette plaie, lui appliquer les topiques jugés utiles. C'est ainsi que nous avons agi, l'année dernière, dans un cas de fracture comminutive de jambe, compliquée de plaie: une bonne gouttière plâtrée immobilisait le membre et laissait à découvert les deux plaies qu'il présentait, de façon que nous pouvions y appliquer un pansement antiseptique. Dans d'autres cas, on peut tout entourer, membre et appareil, dans un vaste pansement ouaté de Guérin. Une fois, nous avons employé ce procédé; c'était aussi pour une fracture compliquée de jambe, produite par écrasement. Le membre fut placé dans une longue gouttière plâtrée, les plaies que présentait la jambe furent recouvertes de baudruche, et le tout fut entouré d'ouate dès que le sang ne coula plus. L'appareil ainsi construit resta en place soixante jours et, quand on vint à le lever, la fracture était parfaitement consolidée, et les plaies à peu près guéries.

B. — *Indications et contre-indications.* — Comme tous les procédés de thérapeutique chirurgicale, il ne faut pas considérer l'appareil plâtré comme la panacée des fractures. Aussi, après avoir énoncé ses avantages, faut-il prévenir le praticien qu'il est des cas où le meilleur appareil ne saurait avoir de bons résultats. Le *jeune âge* est pour nous une contre-indication. En effet, les membres fracturés des petits enfants n'ont pas besoin d'appareils aussi solides pour les maintenir que ceux des adultes. Les bords de l'appareil plâtré, toujours assez durs, pourraient blesser leurs téguments si délicats. Les saillies osseuses qui, chez l'adulte, donnent des points d'appui à l'étoffe platrée, n'existent pas chez l'enfant. Les chairs sont trop molles et il serait dangereux de comprimer trop fortement ses membres délicats, car on sait que la peau se gangrène facilement à cet âge. Nous avons d'ailleurs indiqué, dans un travail paru il y a bientôt deux ans, certains appareils simples et légers que l'on peut appliquer au jeune âge.

Quelques fractures, par leur nature ou par leur siège ne peuvent bénéficier des appareils plâtrés. Certaines fractures très obliques de la jambe sont difficiles à maintenir réduites, et le fragment osseux supérieur tend toujours à venir percer la peau. La gouttière plâtrée, appliquée en arrière et sur les côtés de la jambe, ne peut agir sur ce fragment ; néammoins, on peut utiliser la gouttière et agir sur la face interne du tibia au moyen d'une petite attelle et d'un coussin allongé que l'on fixe au moyen d'une bande bouclée ou de bandelettes de diachylon.

Les fractures du fémur sont celles qui sont les plus réfractaires aux appareils plâtrés. D'abord il est impossible d'immobiliser, au moyen d'un appareil efficace, les deux articulations qui commandent le fémur, le genou et bassin. Ensuite, le chevauchement des fragments l'un sur l'autre est très difficile à corriger, à cause de leur obliquité ordinaire et surtout de la puissance des muscles postérieurs et internes de la cuisse qui, excités par la blessure, se contractent et déplacent les fragments. Ce sont ces conditions toutes spéciales des fractures des fémurs qui nécessitent l'application de moyens spéciaux; nous voulons parler de l'extension continue. Nous nous proposons d'étudier cette méthode dans un travail ultérieur.

A quel moment doit-on appliquer l'appareil après la production d'une *fracture? Ce point de* thérapentique a soulevé de nombreuses discussions. Nous nous en rapportons à ce que nous avons observé. On a dit souvent qu'il fallait attendre que la période de gonflement soit passée. Mais quand on voit un membre fracturé quelques instants seulement après l'accident, il n'y a pas encore de gonflement notable; si, à ce moment même, on applique un bon appareil plâtré, on calme d'emblée les douleurs et le gonflement ne se produit pas. Il faut, en effet, se souvenir que la plus grande cause du gonflement dans les fractures est la mobilité. Si les fragments sont bien immobilisés, le gonflement est toujours modéré. La plupart du temps, quand on arrive près d'un blessé, un certain nombre d'heures se sont écoulées et le membre présente un gonflement plus ou moins considérable. Il faut alors distinguer deux cas: quelquefois le gonflement est énorme, le membre est tendu, luisant, la peau est largement ecchymosée et, ce qui est très important, la température du membre paraît abaissée au toucher; alors il est préférable de placer le membre dans une gouttière, en l'élevant par son extrémité, de l'entourer de compresses résolutives et même, s'il semblait y avoir un commencement d'inflammation du foyer de fracture, d'un large cataplasme. On attendra ainsi, 3, 4, 6, 8 jours même, que le gonflement ait notablement diminué et que toute menace de phlegmon ait disparu, puis on appliquera le bandage plâtré.

D'autres fois, le gonflement, tout en étant con-

sidérable, ne s'accompagnera pas d'ecchymoses étendues; l'épanchement sanguin profond sera peu abondant; on ne devra pas craindre alors d'user de l'appareil plâtré; on l'appliquera toutefois sans serrer outre mesure et, bientôt, on verra le membre diminuer de volume. Alors, si l'appareil est, malgré sa solidité, assez flexible, on rapprochera les valves, ou bien, s'il est insuffisant, on le remplacera par un second.

— *Préceptes généraux pour la construction d'un bon appareil.* — Nous allons entrer dans des détails de technique, un peu arides peut-être, mais dont on comprend facilement l'importance, si l'on compare les résultats d'un bon et d'un mauvais appareil sur la rectitude des membres fracturés après leur consolidation.

a. — *Le plâtre* que l'on emploiera, doit être fin, c'est le plâtre à moules; mais surtout il doit être très sec, ce que l'on reconnaît facilement au toucher : le plâtre sec donne au doigt une sensation aride de poussière très fine, se détachant facilement; aussi, lorsque l'on possède une provision plus ou moins grande, il faut la conserver à l'abri de l'humidité dans un lieu très sec. Si le plâtre était un peu humide, au lieu de s'exposer à faire un mauvais appareil, il faudrait auparavant le faire recuire dans un vase sur un feu assez ardent, cette précaution lui rendrait rapidement toutes ses qualités.

b. — *La tarlatane* est une étoffe très claire que tout le monde connaît. A son défaut, quand on est pris au dépourvu, à la campagne, du linge fin un peu usé, peut le remplacer. C'est avec cette tarlatane que l'on fait les diverses pièces qui, trempées dans le plâtre délayé, formeront l'appareil. Il est assez difficile parfois de bien réussir la taille des appareils. Il y en a de deux sortes : les bandes et les pièces de forme déterminée, les gouttières, par exemple. Les bandes se font en repliant l'étoffe sur elle-même, de façon à avoir douze à quinze feuilles superposées; leur largeur sera proportionnelle au volume du membre qu'elles seront destinées à soutenir. Les bandes plâtrées sont d'un emploi très commode; mais, dans certains cas, il est utile de se servir d'une pièce formée d'un seul morceau ou de quelques parties taillées à l'avance. Il faut alors prendre, sur le membre sain, les mesures de longueur et de circonférence, comme nous l'indiquerons en décrivant les appareils plâtrés en particulier, puis tailler les pièces d'après ces mesures. On les faufilera rapidement afin que les feuillets superposés ne se déplacent point et on les essaiera sur le membre sain. Il ne faut pas oublier, au moment de la taille, que l'immersion de l'appareil dans le plâtre cause une rétraction qui lui fait perdre un peu de sa largeur ; aussi, aura-t-on soin de donner au moins deux centimètres de plus dans tous les sens, afin d'éviter cette circonstance fâcheuse.

c. — *Le mélange* du plâtre et de l'eau est une des plus délicates opérations de la construction des appareils. Ordinairement on peut se fixer au rapport suivant, *un verre de plâtre pour un verre d'eau.* D'autres praticiens préfèrent laisser tomber peu à peu le plâtre dans l'eau jusqu'à ce qu'il affleure. Quelque mensuration que l'on emploie, il faut bien mélanger les deux substances, jusqu'à ce que l'on ait un liquide de consistance laiteuse, c'est-à-dire un peu filant. On a aussi conseillé de mélanger au plâtre délayé, une petite poignée de sel de cuisine. Cette substance a, en effet, la propriété de hâter d'une façon remarquable la solidification du plâtre ; cependant nous croyons que, si on l'emploie, il faut le faire avec ménagement, car il est gênant d'appliquer un appareil qui peut se raidir trop vite dans vos mains, et de plus nous avons souvent observé que les appareils où l'on avait mélangé le sel de cuisine, se ramollissaient très facilement.

d. — *L'immersion* des pièces dans le mélange plâtré se fait dès que celui-ci a atteint la consistance désirée, il faut avoir soin d'imbiber de plâtre toutes les parties de l'appareil également sur leurs deux faces; puis on les retire roulées sur elles-mêmes. Souvent alors, on voit beaucoup d'élèves et même de praticiens appliquer immédiatement leur appareil en répandant partout autour d'eux, sur le lit, sur le malade, sur les meubles qui les entourent de larges gouttes de plâtre. Au moyen d'une précaution que nous allons indiqner, on évitera cet inconvénient. En retirant l'appareil du plâtre, on le serrera assez fortement dans ses mains, afin de retirer l'excès d'eau qu'il contient, puis on l'étendra sur une table recouverte de linge; on l'étalera soigneusement en tirant sur tous ses bords, on le lissera sur ses deux faces avec la paume des mains; ces pressions feront de l'appareil un tout très homogène, dont l'eau en excès aura disparu; on pourra alors l'appliquer presque à sec sans répandre autour de soi la moindre souillure et sans ressembler à un maçon.

e. — *L'application* de l'appareil plâtré sur le membre blessé, doit se faire d'une façon assez rapide pendant que des aides vigoureux pratiquent l'extension et la contre-extension. Il convient d'isoler la peau de l'appareil plâtré, pour que l'adhérence de celui-ci avec les poils ne cause pas au malade de douleurs au moment où on retirera son membre. On a essayé de l'oindre d'huile, de cérat; de le saupoudrer avec la poudre appelée talc de Venise : nous croyons que la meilleure substance est une très mince couche d'ouate, on en recouvre soit la peau, soit la face correspondante de l'appareil, avant de l'appliquer, et on la met assez large pour qu'elle dépasse un peu les bords. Cette légère couche de coton donne du moelleux à la gouttière plâtrée, et est insuffisante pour nuire à la compression immobilisatrice de l'appareil. En appliquant celui-ci sur le membre, on aura soin d'éviter les plis qui seraient très douloureux pour les malades ; on le tendra bien également, on le fixera au moyen de bandes roulées de toile un peu usée. On aura soin, en le fixant, de donner au membre l'attitude physiologique qui évitera les déformations et les roideurs articulaires.

Les manœuvres d'extension et de contre extension, qu'elles soient faites par la main des aides

ou par des lacs fixés de différentes façons, devront toujours être continuées jusqu'à ce que l'appareil soit suffisamment résistant ce qui, ordinairement, n'est pas très long D'ailleurs, il sera bon de laisser les bandes de toile qui le recouvrent jusqu'au lendemain, et de placer les membres blessés, quand il sera possible, dans une gouttière de fil de fer.

Le lendemain, on enlèvera ces bandes et on se contentera de fixer l'appareil de place en place, au moyen de bandes de diachylon, larges de un à deux travers de doigt. On aura soin de garnir les bords de l'appareil, en insinuant du coton entre eux et la peau ; en réséquera avec les cisailles les parties anguleuses qui pourraient blesser. Enfin, on isolera la peau du diachylon, au moyen d'une petite bande de taffetas gommé et d'ouate. Tels sont les nombreux détails de la construction des appareils plâtrés pour les cas les plus ordiuaires.

Lorsque l'on a affaire à des fractures compliquées de plaies, quelques modifications sont nécessaires. En vue des pansements que l'on aura à exécuter, il faudra défendre l'appareil contre l'humidité de ces pansements, et les liquides qui pourront s'écouler des plaies quand celles-ci ne pourront être traitées par l'occlusion. On a essayé de rendre les appareils pâltrés imperméables, au moyen de badigeonnages de diverses substances, le collodion par exemple : certains vernis au copal ou à la gomme-gutte ont aussi été employés avec succès ; mais toutes ces substances finissent par disparaître, s'user au contact de l'humidité. Dans un cas, nous avons, avec avantage, recouvert la face interne des appareils avant leur application, d'une ou deux feuilles de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée; nous leur pratiquons une fente à la partie déclive du membre, point dans lequel nous conseillons aussi de faire une ouverture permanente à la gouttière, au moment où on la taille ; de cette façon, les liquides pourront s'écouler au dessous du membre sans que la peau macère à leur contact. D'ailleurs, on pourra appliquer la gouttière plâtrée avec le taffetas gommé par dessus un léger pansement et, les jours suivants, quand on renouvellera celui-ci, on défendra les abords de la plaie contre les liquides au moyen d'éponges, de boulettes de coton hydrophile qui absorberont ceux-ci, et que l'on placera entre les parties saines et les parois de l'appareil. En combinant de mille façons ces petites précautions, sur lesquelles nous ne craignons pas d'insister, au risque d'être ennuyeux, on réunira les avantages de l'immobilité la plus parfaite et des pansements bien appliqués. BARETTE.

(*à suivre*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DE DROIT.

Depuis que cette intéressante question est traitée dans nos colonnes, nous avons reçu, sur ce sujet, un grand nombre de communications dont nous détachons les suivantes :

A

Monsieur le directeur et très honoré confrère,

Ne pouvant pas assister à la prochaine Assemblée générale des membres du *Concours*, je tiens à vous faire connaître ma manière de voir sur une question très importante.

Maintenant que, grâce à votre initiative, la formation des Syndicats est en bonne voie, je crois qu'on devrait aborder sans retard la création de la Caisse des pensions de droit.

Ce sont là les deux idées maîtresses du *Concours* et celles qui nous rallieront la grande majorité de nos confrères

La Caisse des pensions de droit me paraît appelée à une réussite certaine, et beaucoup de médecins qui payent *sans enthousiasme* la modique cotisation de l'Association générale, parce qu'ils savent qu'elle ne peut leur assurer quelques secours qu'en cas d'extrême misère et après des démarches pénibles, pour ne pas dire honteuses, s'empresseront de verser annuellement cent et même deux cents francs, s'il le faut, pour avoir droit à une pension qui mettra leur vieillesse à l'abri du besoin, et cela, sans qu'ils soient obligés de tendre la main.

J'espère donc que cette question capitale sera soumise aux délibérations de la prochaine Assemblée et résolue affirmativement. Vous aurez alors acquis, Monsieur le directeur, un nouveau titre et des plus importants à la reconnaissance du corps médical.

Veuillez agréer, etc. Dr VITTE
de Saint-Julien sur Reyssouze.

B

Monsieur le Directeur et très honoré confrère,

La création d'une Caisse de retraite sur le modèle de la Caisse belge, me semble pratique et éminemment désirable. L'Association générale, dont je suis et resterai membre, doit être considérée comme un institution de charité : notre Caisse de retraite serait la véritable institution de prévoyance, s'appliquant aussi bien au pauvre qu'au riche, encourageant au travail dans l'âge mûr par la perspective d'une vieillesse aisée, nous invitant au repos à un âge où il convient de faire place aux jeunes, éclairant ainsi d'un peu plus d'espérance l'horizon sombre des vieilles années.

L'assurance ordinaire sur la vie, sollicite, en quelque sorte, sinon le désir de mourir, du

moins l'indifférence à vivre, puisqu'elle promet à la famille des avantages d'autant plus considérables que la mort est plus hâtive. Au contraire, notre assurance nous invite à aimer l'heure présente en raison des avantages de l'heure à venir. Elle réalise l'honnêteté, la clarté et surtout l'économie, puisque les assurés deviennent eux-mêmes leurs assureur.

Au mérite des assurances ordinaires, d'ailleurs incontestable, beaucoup d'entre nous, robustes et vigoureux, ayant de grandes chances d'atteindre à la vieillesse, préféreront la perspective d'une retraite honorable dans l'âge avancé, idée d'ailleurs plus humaine, plus sereine et que l'Etat a mise en pratique depuis bien longtemps, en faveur de ses fonctionnaires.

Ce sont là, Monsieur le directeur et très honoré confrère, les vues générales que j'aurais eu l'honneur de développer devant l'Assemblée du 19 août, si la distance qui nous sépare de Paris ne m'eut empêcher de m'y rendre. Pardonnez-moi d'avoir été bien long pour ne dire que ce que le *Concours* a déjà si bien exprimé ; mon but était simplement d'écrire que je souscrirai de tout cœur à l'institution professionnelle qui fait l'objet de nos vœux.

Agréez etc. Dr Roche.
de Monnoiron, Vaucluse.

C

Monsieur et très honoré Directeur,

J'ai le regret de vous informer que, pour cette année, le Syndicat de la Charente ne pourra se faire représenter par aucun de ses membres à la réunion des membres du *Concours médical*, ni mes collègues ni moi ne pouvons nous rendre à Paris à la date du 19 août.

Tout en déplorant cette abstention, absolument indépendante de notre bon vouloir, nous sommes sans inquiétude sous le rapport de la direction à imprimer aux intérêts de notre société, vous sachant constamment préoccupé de l'ardent désir de mener à bien l'amélioration du sort de nos confrères de France si courageusement entreprise.

Poursuivez votre campagne au sujet des Caisses de pensions de droit ; et je ne doute pas que bon nombre des médecins de la région vous suivront dans cette voie.

Veuillez agréez, etc.
Dr Pintaud-Desallées.

D

Monsieur le président,
Messieurs les membres du *Concours*,

Je regrette vivement de ne pouvoir me trouver parmi vous le jour de la réunion générale, pour dire ce que j'expose dans cette lettre : Je m'associe cordialement à vos travaux et à votre fête, et je fais des vœux pour que les premiers portent des fruits utiles et que la seconde cimente notre union si désirée.

Je lis avec plaisir les articles professionnels, parce que je vois que, grâce à ces discussions, la lumière se fait........................

Je prie l'Assemblée de prendre une résolution sur cette question « *Caisse des pensions de droit* »; les membres du *Concours* l'accueilleront avec plaisir, et loueront sincèrement le Dr L. Ordonneau de l'avoir traitée avec le tact et le talent qui le distinguent. La théorie étant suffisamment démontrée, il faudrait immédiatement passer à la pratique, en faisant appel aux membres du *Concours*, et je gage que, d'un seul coup, deux cents trente membres répondront à l'appel, et consentiront de bon cœur à verser la somme annuelle nécessaire pour s'assurer une pension viagère de 1,000 fr., à soixante ans. Vous pouvez compter sur mon concours en cette circonstance.

Veuillez agréer, chers confrères, l'hommage de mes sentiments confraternels. Dr Florence
de Perpignan.

E

Monsieur et très honoré confrère,

Membre du *Concours médical* depuis ma sortie de l'école, il y a deux ans, je suis avec le plus vif intérêt la campagne que vous conduisez si bien en faveur de nos intérêts professionnels. Dans votre no du 18 août, notre confrère le Dr Rousseau, du Finistère, écrit ceci : « En lisant ce que vous avez publié sur l'Association des médecins de France, et les *Caisses de retraite des médecins belges*, tous les confrères se diront: c'est vrai, nous devrions bien imiter les médecins belges. Puis le lendemain, ce lecteur convaincu n'y pensera plus ».

Eh bien, comme lui, je viens vous dire : « Si cette Caisse se fonde, j'en suis. Que ceux qui pensent comme moi, vous le disent aussi ».

Les médecins français ne voudront pas faire comme ces figurants de théâtre qui chantent toujours: « Allons, partons !... » et qui se contentent de marquer le pas sur la scène.

Suivons l'excellent exemple du Docteur Rousseau ; si nous ne formons qu'un petit noyau aujourd'hui, demain nous serons *légion*. C'est aux jeunes à marcher de l'avant !

Agréez, etc. Dr Guéneau
de Nolay, (Côte-d'Or).

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Persistance des battements du cœur chez le nouveau-né.

Le 20 juin à six heures du matin, nous sommes appelé auprès d'une primipare agée de vingt ans, Mme D... ; elle est assistée d'une matrone qui, au bout de trente six heures d'attente, s'est décidée à réclamer notre intervention. Les tranchées uté-

rines consistent uniquement en légers maux de reins, revenant à peine toutes les dix minutes. Néanmoins, la tête en position O.I.D.A. est complètement engagée dans le petit bassin. Mais le périnée ne bombe pas encore. Nous nous assurons qu'aucun obstacle ne s'oppose à l'accouchement. Aucune congestion; le périnée et la vulve ne sont pas particulièrement résistants. Un certain amas de matières fécales dans le rectum nous engage d'abord à patienter; malgré le lavement qui amène une copieuse évacuation, à huit heures, le travail n'est pas plus avancé. En considération de la faiblesse et de la rareté des coliques, nous administrons 1 gr. 20 de seigle ergoté. A neuf heures, le travail s'accentue et à dix heures l'expulsion a lieu.

A sa sortie, l'enfant exécute des mouvements des bras et des jambes. Le cœur bat énergiquement; mais à notre grande surprise, malgré l'exposition à l'air, l'immersion dans l'eau chaude, puis dans l'eau froide, malgré la flagellation, la douche pécordiale d'eau-de-vie, les frictions les linges brûlants, nous ne pouvons obtenir d'inspiration. A dix heures dix minutes, insufflation bouche à bouche, respiration artificielle par compression successive des parois de la poitrine et du ventre, élévation des bras; puis bain chaud prolongé, à quarante huit degrés. Douche froide, nouvelles insufflations prolongées plus de dix minutes, à diverses reprises: enfin marteau de Mayor, en un mot toutes les manœuvres que nous pouvons imaginer sont employées jusqu'à 12 h. 1/4.

Ce n'est, en effet, qu'à ce moment que les battements du cœur cessent d'une façon définitive. Pendant deux heures un quart ils ont persisté. La circulation de la peau s'est ranimée à diverses reprises sous l'influence des divers moyens employés, mais jamais une inspiration, un mouvement de l'appareil respiratoire n'ont pu être obtenus.

L'autopsie n'a pu être opérée; il n'est pas douteux pour nous qu'elle nous eut présenté une hémorrhagie considérable du bulbe.

La discussion suivante de la séance du 10 mai, à la *Société de Biologie*, nous dispense de tout commentaire :

M. *P. Budin* fut, un matin, appelé à l'hôpital Tenon pour y accoucher une femme chez laquelle, quatre applications de forceps avaient été faites depuis la veille. A mon arrivée, dit M. Budin, je trouvai la tête arrêtée au niveau du détroit supérieur, l'enfant se présentait par le sommet en position O.I.D.P. Il existait une bosse séro-sanguine volumineuse; le bassin paraissait un peu rétréci, mais il y avait surtout une tête défléchie et enclavée. La mère était très fatiguée, son pouls était fréquent, sa peau chaude. Les battements du cœur fœtal persistaient, ils étaient rapides, au nombre de 154 environ par minute.

J'appliquai le forceps et je fis à trois reprises de fortes tractions : la tête ne descendit pas. Du méconium s'était écoulé en grande quantité au moment de l'introduction du forceps. L'état de l'enfant é..nt très compromis, l'état de la mère étant grave il fallait absolument, dans l'intérêt de cette dernière, terminer l'accouchement. Je me décidai à pratiquer la crâniotomie. Le forceps étant laissé en place, j'introduisis le perforateur de Blot dans la cavité crânienne et je dilacérai la substance cérébrale; les battements du cœur fœtal persistaient toujours. Pour éviter tout au moins que l'enfant ne respirât et ne criât, comme cela est arrivé quelquefois, (et tout récemment un médecin de la ville publiait une observation où l'enfant extrait après la crâniotomie avait crié pendant deux heures) je dirigeai la pointe du perforateur vers le trou basilaire, pour y détruire le bulbe. J'avais presque la certitude d'être dans le canal rachidien, car en imprimant à l'instrument des mouvements de rotation sur lui-même, je le sentais qui frottait par ses bords, ce qui n'aurait pas eu lieu si j'avais été seulement dans la fosse cérébelleuse. Les battements du cœur fœtal recherchés par l'interne et par M. le D[r] Maygrier qui m'assistaient, persistaient aussi nombreux qu'auparavant. Après avoir retiré le perforateur, j'essayai d'entraîner la tête avec le forceps, elle ne vint pas. Pour ne pas fatiguer la femmme outre mesure, j'enlevai avec précaution les branches du forceps et j'appliquai lentement le céphalotribe Tarnier à courbure périnéale. J'articulai et je commençai à faire tourner le volant qui sert à rapprocher les manches et les cuillers de l'instrument. Lorsque la vis fut arrivée à 4 centimètres environ du point où elle doit s'arrêter, on entendait encore les battements du cœur; je continuai à la serrer, les bruits du cœur devinrent sourds, puis diparurent. L'extraction de l'enfant fut faite sans difficulté.

En examinant le crâne, on constata, après avoir enlevé les pariétaux, que la pointe du perforateur avait pénétré jusque dans le canal rachidien. La base du crâne avait été saisie et broyée à sa partie antérieure par le céphalotribe. On sectionna le cou de l'enfant en bas, et le crâne, ainsi que la colonne cervicale, furent envoyés au laboratoire de M. Mathias-Duval.

La pièce conservée dans l'alcool a été examinée devant nous par MM. Mathias Duval et Laborde. « L'écaille de l'occcipital et les lames des cinq premières vertèbres cervicales étant enlevées avec soin, on constate d'abord, sur les côtés du trou occipital les traces de la pointe de l'instrument qui a été dirigé comme dans un entonnoir jusque vers l'origine du canal rachidien. En second lieu, le bulbe a été complètement détruit, il ne reste qu'un tronçon médullaire dont l'extrémité supérieure, correspondant au collet du bulbe, est affaissée et comme vidée de substance grise. Le reste de ce tronçon montre la moelle cervicale normale avec ses sillons distincts et l'implantation des racines des 2[e], 3[e] etc., paires cervicales. »

Il n'y aura certainement dans ce fait rien d'extraordinaire pour les physiologistes, mais il vient confirmer chez le fœtus appartenant à l'espèce humaine, ce qui a été déjà observé par les expérimentateurs sur les animaux. C'est seulement la compression exercée par le céphalotribe, compression qui a du être transmise à la moelle cervicale, qui a déterminé la cessation des battements du cœur.

Au point de vue clinique, cette observation a une certaine importance : Les battements du cœur sont considérés, pendant l'accouchement, comme constituant une sorte de thermomètre qui indique l'état de la santé de l'enfant contenu dans la cavité utérine. Tant que les battements du cœur sont assez nombreux et réguliers, on pense que l'enfant pourra naître vivant et bien portant.

Des réserves doivent évidemment être faites. A la suite d'un travail prolongé, lorsque le fœtus a été exposé à l'asphyxie, lorsqu'il y a eu des applications de forceps et que le crâne a été soumis à des compressions brusques, il peut survenir des hémorrhagies intra-crâniennes, des hémorrhagies au niveau de la base, comprimant la protubérance et le bulbe sans que, pour cela, les battements du cœur disparaissent.

Je me contenterai de rapporter le fait suivant que j'ai observé quand j'étais interne à la Maternité : un enfant avait été extrait avec le forceps, il ne respirait pas, mais les battements de son cœur étaient fort réguliers. On pratiqua l'insufflation avec le tube de Chaussier et on l'enveloppa dans des linges chauds qu'on renouvela. Au bout d'une heure et demie, bien que les battements du cœur persistassent, l'enfant n'ayant fait aucun mouvement spontané d'inspiration, on cessa l'insufflation. A une ou deux reprises, j'avais seulement cru noter quelques petits mouvements du côté de la mâchoire inférieure. Les bruits du cœur persistèrent encore un peu, puis cessèrent.

A l'autopsie, j'ai trouvé une luxation au niveau de la charnière fibro-cartilagineuse de l'occipital, dont la portion écailleuse avait glissé d'arrière en avant sur la portion basilaire. La substance cérébrale à ce niveau était en détritus, et les battements cardiaques avaient continué sans que la respiration put s'établir.

La persistance des battements du cœur chez l'enfant dans la cavité utérine a beaucoup d'importance pour le médecin qui assiste à un accouchement, mais il faut bien savoir cependant qu'elle n'a pas une valeur absolue au point de vue du bon état de santé ou de la viabilité future du fœtus.

M. *Laborde* fait remarquer que le cas rapporté par M. Budin confirme, pour l'espèce humaine, les résultats observés chez les animaux. Une portion cervicale intacte de la moelle maintient la conservation des battements du cœur.

M. *Dastre*. Chez le fœtus, beaucoup moins que chez l'adulte, la moelle allongée influence les contractions cardiaques; et la fréquence des battements pendant la vie intra-utérine est due à ce que l'action modératrice du pneumo-gastrique ne s'exerce pas encore. Dans le cas de M. Budin, la mort n'est survenue que lorsque le traumatisme s'est étendu à la portion médullaire qui n'avait pas été détruite par le perforateur.

* *

Du diagnostic certain de la grossesse avant l'apparition des signes dits de certitude.

M. Loviot a étudié ce sujet dans un travail récent inséré dans le n° de mai 1883 des *Archives Tocologie*. En voici un résumé succinct.

La plupart des accoucheurs admettent trois signes certains de grossesse :

1° Les battements du fœtus (choc fœtal, souffles fœtaux) ;

2° Les mouvement spontanés du fœtus, *perçus par l'accoucheur* ;

3° Le ballottement vaginal (abdominal).

Tarnier et Chantreuil n'en admettent que deux :

1° Bruits du cœur fœtal.

2° Parties fœtales accessibles au toucher (et au palper).

A part quelques exceptions, ces signes de certitude ne sont perceptibles qu'à 4 1/2 mois : donc, avant cette époque, l'accoucheur doit déclarer son impuissance. C'est pourquoi M. Loviot a cherché ailleurs d'autres signes de certitude.

Les signes rationnels (suppression des règles chez une femme habituellement bien réglée et bien portante, les troubles digestifs, les troubles nerveux, les modifications des seins, etc.) sont très nets, mais ne donnent qu'une certitude morale(?) imparfaite, ou font souvent défaut. Il faut donc chercher des signes positifs, matériels. M. Loviot croit les avoir trouvés dans les modifications anatomiques de l'organe gestateur : son volume, sa forme, sa situation, son poids, son degré de mobilité, *sa consistance surtout*. L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes :

Dans les trois premiers mois de la grossesse, le diagnostic certain doit reposer, les signes fœtaux manquant, sur des signes maternels.

Les signes maternels, bien observés, constituent pour le diagnostic de la grossesse des trois premiers mois de véritables signes de certitude.

Les signes de certitude de la grossesse, d'origine maternelle, seront recherchés à l'aide de moyens physiques.

Ce sont des signes physiques, comme les signes de certitude d'origine fœtale.

L'auscultation obstétricale ne sera d'aucune utilité avant la fin du 3e mois. Ce n'est qu'à partir de cette époque qu'elle pourra rendre quelque service.

C'est à l'aide du palper et du toucher et surtout du palper et du toucher combinés, pratiqués simultanément, que l'on doit chercher les signes de la grossesse des trois premiers mois.

Contrairement à l'opinion de Mauriceau et d'un certain nombre d'auteurs, ce ne sont pas les modifications du col, même le ramollissement, qui autorisent à diagnostiquer l'existence de la grossesse. Comme l'a écrit le professeur Pajot : « Les changements subis par cette portion de la matrice (col) sont généralement considérés comme des signes plus propres à confirmer le diagnostic qu'à l'établir d'une façon certaine. »

C'est sur le corps de l'utérus que la grossesse imprime son cachet, c'est lui qu'elle modifie d'une façon caractéristique.

Par le palper combiné au toucher, il faut reconnaître successivement 1° que la tumeur constatée est bien l'utérus : 2° que cet utérus est mo-

difié; 3° que cette modification est sous la dépendance de la grossesse.

Le segment supérieur est accessible au-dessus de la symphyse, sous forme d'une tumeur arrondie, dépressible, élastique.

Le segment inférieur est abaissé, étalé, élargi; et il forme autour de la base du col une saillie, un *bourrelet* caractéristique.

La consistance du corps de l'utérus gravide est molle, souple, élastique; il donne la sensation *d'un ballon de caoutchouc* sur lequel on exercerait une pression avec le doigt.

Cette consistance doit exister, non pas en un point du segment inférieur du corps de l'utérus, mais sur tous les points accessibles, en avant, en arrière, à droite et à gauche.

Les manœuvres faites pour apprécier les modifications de l'utérus ne doivent pas déterminer de douleur.

Ni la congestion utérine, ni la métrite chronique, ni le corps fibreux même assouplis et même ramollis ne donnent des sensations identiques.

S'il y a grossesse et fibrome utérin, le diagnostic sera plus délicat et plus difficile, mais les notions de consistance seront encore ici prépondérantes et pourront encore conduire sûrement au diagnostic.

Pour le fœtus mort à une période où son développement est encore peu considérable, pour la grossesse douteuse, c'est encor l'étude du corps de l'utérus qui conduira à la vérité : volume ou consistance auront une importance de premier ordre. Ajoutons que la contraction de la totalité de l'organe, lorsque la grossesse est assez avancée, pour qu'on puisse la percevoir, signe d'une valeur décisive, est encore un signe maternel.

Enfin, bien que l'utérus soit modifié, quant à son volume et quant à sa consistance, dans la grossesse extra-utérine, ces modifications étant moins accusées, moins caractéristiques, moins en rapport avec l'âge probable de la grossesse, peut-être pourrait-on tenir compte de ces faits, surtout lorsqu'il existerait des douleurs et des hémorragies utérines avec des signes rationnels de grossesse, pour penser à la possibilité d'une grossesse extra-utérine et tâcher d'en faire le diagnostic dans les premiers mois.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DU MÉDOC. — RAPPORT.

Mon cher Directeur,

Votre sollicitude toute paternelle pour les Syndicats me fait un devoir de vous communiquer les réformes que nous avons apportées à nos premiers statuts depuis notre fondation.

Par le compte-rendu que vous trouverez ci-joint, vous verrez que nous sommes en communion complète d'idées, et que dès le mois de *décembre 1881* nous avions senti la nécessité des petits groupes que vous préconisez dans le *Concours* du 10 mars dernier. Si ce compte-rendu ne vous semble pas trop long, je vous laissse libre de le publier. Il stimulera peut-être le zèle des confrères sociétaires des divers Syndicats ayant admis à peu près les mêmes statuts : il serait bon, je crois, que l'on sût quels sont les articles qui ont résisté au temps, et quele sont ceux qui ont été remaniés. Ce serait la meilleurs façon de perfectionner l'œuvre commune.

Recevez, etc. Dr DUPEU.

Résumé des travaux accomplis par le Syndicat du Médoc depuis sa fondation. Rapport présenté par le Secrétaire-trésorier, à l'Assemblée générale tenue à Soulac-les-Bains, le 2 août 1883.

Messieurs,

Si l'œuvre des Syndicats, comme toute œuvre humaine, est imparfaite, elle n'est pas pour cela imperfectible, ainsi que j'espère le démontrer en vous rappelant brièvent les réformes que nous avons apportées à nos statuts depuis le 28 novembre 1881, époque de notre formation.

Vous le savez, messieurs, après avoir arrêté en commun les grands principes de déontologie que chacun de nous doit observer, et après avoir fixé un tarif d'honoraires à minima uniforme, tenant compte de la situation exceptionnelle de quelques confrères qui sont, les uns entourés de médecins dissidents que la passion aveugle, et les autres menacés par leurs clients de l'arrivée d'un concurrent, ce qui n'est pas une menace vaine depuis que nous avons à notre porte une fabrique de dupes (j'ai cité la Faculté de médecine de Bordeaux), nous avons cru sage de diviser notre Syndicat en trois sous-syndicats qui prendraient les noms desous-syndicats de Lesparre, de Pauillac, de Margaux, et qui auraient pour mission exclusive de régler ces questions d'honoraires au mieux de nos intérêts.

J'ignore si les deux premiers sous-syndicats ont leur raison d'être; mais je puis affirmer que celui de Margaux répondait à un véritable besoin.

La question des honoraires pour nos clients *ordinaires* se trouvant ainsi résolue à notre satisfaction générale, nous avons pensé que nous ne devions pas négliger plus longtemps celle des indigents dont les noms figurent sur les listes que dressent chaque année les conseils municipaux. Nous ne pouvons, en effet, soigner gratuitement ces malades, sans encourir le reproche de monopoliser une charité qui doit être faite par tous, et sans blesser les justes susceptibilités des gens riches qui nous entourent. C'est dans cette pensée que nous avons décidé qu'à partir du 1er *janvier 1882*, et après en avoir avisé au préalable les municipalités intéressées, nous adopterions pour cette deuxième catégorie de clients, le tarif préfectoral ordinaire ou le prix habituel de l'abonnement selon les usages établis.

Il est aussi une troisième catégorie de clients, ce n'est pas certes la plus intéressante, qui a fixé un instant notre attention : Je veux parler de ceux qui, pouvant payer, ont l'habitude de se soustraire à cette obligation en faisant appeler pour chaque maladie nouvelle, un médecin nouveau. Pour ces gens sans conscience, les moyens de coercition ont seuls quelque valeur, et celui dont nous avons fait choix doit être réputé bon puisqu'il a déjà, dans plusieurs cas, produit des résultats très appréciables.

Vous n'avez pas oublié, en effet, que sans avoir recours au livre noir préconisé par quelques Syndicats, nous nous sommes engagés à nous communiquer réciproquement les noms de nos clients récalcitrauts, et à leur refuser notre concours tant qu'ils ne se seraient pas acquittés vis-à-vis de leur ancien médeciu.

Toutes ces questious générales qui constituaient la partie la plus importante de notre travail étant ainsi réglées, nous avons décidé le *3 octobre 1882* que nous ne tiendrions désormais que deux réunions annuelles : l'une en février, l'autre en août, et que nous fixerions en commun le lieu de chaque réunion.

Dans cette même séance, nous avons commencé l'étude des questions de détail ; et nous avons admis que des abonnements dits de famille devaient comprendre tous les membres de la famille qui habitent la même maison, et non pas seulement un ou plusieurs membres, comme le voudraient certains clients pour des raisons faciles à saisir.

Et, pour bien limiter les droits de chacun de nous, nous avons ajouté que les médecius qui possédaient des abonnements hors de leur localité, et dans les communes où résident des confrères syndiqués, pourraient conserver ces abonnements aux mêmes conditions qu'autrefois, mais qu'à partir du *1er janvier 1883*, ils devraient, pour leurs nouveaux clients, doubler le prix de l'abonnement ordinaire. Nous avons decidé aussi que la visite de nuit commencerait à dix heures du soir et finirait à six heures du matin, en toute saison, mais en laissant toutefois à chaque confrère, la liberté d'avancer à son gré l'heure du soir, et de retarder celle du matin.

Enfin, messieurs, dans notre réunion *du 2 février dernier*, nous avons admis qu'à l'exemple des Syndicats de Baugé et du Lot-et-Garonne, nous ne prêterions *en principe*, notre concours à la justice que dans les cas de flagrant délit prévu par l'article 475, nº 12, du code pénal.

Puis, approuvant l'idée du Dr Barat-Dulaurier, nous avons adhéré à la formation d'un Syndicat départemental par la fédération des Syndicats existant dans la Gironde.

Maintenant, messieurs, sans vouloir abuser plus longde votre bienveillante attention, et tout en me souvenant que

Le secret d'ennuyer est celui de tout dire

je dois, en terminant, vous parler des vides qui se sont effectués dans nos rangs.

Depuis le jour de notre fondation, vingt-huit médecins sont venus se ranger sous notre bannière ; et cependant, à l'heure actuelle, nous ne comptons plus que vingt-deux adhérents.

Que sont devenus les six confrères qui nous manquent ? Eh bien messieurs, ces absences sont le plus grand éloge que l'on puisse faire des Syndicats. En effet, sur les six combattants qui ne répondent plus à l'appel de leur nom, deux seulement ont passé à l'ennemi : le troisième s'est retiré de la lutte à cause de son grand âge ; quant aux trois autres, reconnaissant les bienfaits de notre institution, et voulant rester fidèles au principe qu'elle représente, ils ont mieux aime aller ailleurs tenter la fortune, que d'essayer de se maintenir en guerroyant dans des postes insuffisants. Saluons, messieurs, ces victimes du sort ; faisons des vœux pour leur réussite, et conservons toujours dans notre mémoire le souvenir de leur noble exemple !

Le Secrétaire-Trésorier, Dr Dupeu,
de Listrac, Médoc.

II

SYNDICAT DE L'ORNE.

Cher confrère,

La réunion annuelle de la société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Orne a eu lieu cette année, à Domfront, le 1er août.

L'assemblée, plus nombreuse que d'habitude, devait discuter un rapport de MM. les Docteurs Barrabé et Legallois sur l'utilité et la nécessité des syndicats médicaux. Cette discussion qui figurait à l'ordre du jour a eu lieu. En voici le résultat : La proposition suivante a été mise aux voix et votée par la grande majorité de la réunion : « Les membres de la société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Orne, après avoir pris connaissance du rapport de MM. Legallois et Barrabé, approuvent ce travail et reconnaissent l'utilité de la formation de sydicats médicaux. »

Permettez-moi de vous faire remarquer, cher confrère, que cette proposition, votée à une grande majorité, a été discutée en pleine connaissance de cause, puisque le rapport de MM. Barrabé et Legallois a été envoyé, fin juin, à tous les médecins du département.

Agréez, etc..., Dr Barrabé.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'informer que M. le Dr Dumers, de Saint-Dié-sur-Loir, Loir-et-Cher, membre du *Concours médical*, est décédé dans les premiers jours d'août.

BIBLIOGRAPHIE

NARBONNE, IMPRIMERIE PONS, PLACE DE PERPIGNAN.

Quelques considérations sur la fièvre typhoïde au point de vue étiologique et surtout thérapeutique, par le Dr Pierre David.

PARIS. LIBRAIRIE OCTAVE DOIN, 8, PLACE DE L'ODÉON.

Les origines de la goutte et du rhumatisme leur traitement rationnel, par le Dr R. Thierry, médecin consultant aux eaux de Contrexéville.

MASSON, ÉDITEUR, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIM.

La médecine publique en Angleterre, par Walter Douglas Hogg.

Leçons sur la physiologie du système nerveux, par Mathias Duval.

Contribution à l'étude du système veineux. Les canaux de sûreté, par le Dr L. Jarjavay.

BORDEAUX. IMPRIMERIE NOUVELLE
A BELLIER ET COMPAGNIE.

Les médecins de la marine devant le parlement.

Germer-Baillière et Cie, 108, boulevard Saint-Germain.

Des préjugés populaires dans les maladies de l'enfance et en particulier dans le Morvan par le Dr A. Legendre, médecin cantoual, lauréat de la Société protectrice de l'enfance de Paris.

Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Septembre 1883 Organe officiel des Syndicats des Médecins de France 5me Année. — N° 36

SOMMAIRE

BULLETIN

Il y a un an environ, un jeune chirurgien des hôpitaux, M. Félizet, a essayé, dans une mémoire lu à l'Académie, de remettre en honneur un traitement déjà ancien du diabète sucré, le traitement par le bromure de potassium. Disons-le de suite, l'auteur lui-même n'a pas tellement foi dans le médicament qu'il préconise qu'il veuille le substituer à tous les autres moyens thérapeutiques : dans les observations qu'il a jointes à son travail, on voit qu'il fait marcher de pair, avec le traitement bromuré, non-seulement les alcalins, l'arsenic le fer et le quinquina, mais encore les exercices corporels et le régime diététique, c'est-à-dire tous les moyens vraiment sérieux que l'on a dirigés contre cette affection.

Au milieu de ce traitement si complexe, il est difficile de juger l'action réelle du bromure de potassium. Cependant M. *Dujardin-Beaumetz* a cru pouvoir formuler, dans le rapport qu'il a fait à ce sujet, les conclusions suivantes :

« Le bromure de potassium est une médication adjuvante dans le traitement du diabète, médication qui a ses avantages et ses inconvénients. Dans les cas de moyenne intensité et dans certains cas graves, en l'associant aux moyens diététiques et à la médication alcaline, il peut faire disparaître la glycosurie, mais il affaiblit les forces. Aussi devons-nous nous montrer très prudents dans l'administration de cet agent thérapeutique, surtout chez les diabétiques qui présentent, par le fait même de leur maladie, une dépression profonde de l'organisme, et ce n'est qu'en surveillant attentivement la médication que nous devons ordonner un pareil médicament. »

D'autre part, M. *Lunier* a appelé l'attention de ses collègues sur les phénomènes de dépression physique et intellectuelle que le bromure produit chez les diabétiques : M. *Hardy* est venu appuyer, à son tour, l'opinion de M. Lunier et a, de plus, signalé, comme un véritable danger, les graves éruptions acnéiques et furonculeuses que le bromure provoque chez les diabétiques.

Il faut donc être très réservé dans l'emploi de ce médicament dans le diabète, et ne jamais l'administrer qu'à des doses modérées de 2 ou 3 grammes par jour.

M. *Polaillon* a tenté récemment la cure radicale d'une hernie sur un homme de 21 ans, porteur, depuis son enfance, d'une hernie inguinale gauche descendant dans le scrotum.

Il y a deux ans, à la suite d'une violente contusion des bourses, le testicule gauche devint douloureux et la hernie difficilement réductible. L'usage d'un bandage fut dès lors impossible, et la hernie, non contenue, augmenta de plus en plus de volume. Une névralgie funiculaire et testiculaire ne pouvant permettre l'application d aucun bandage, le malade était condamné à rester couché presque continuellement.

Dans ces conditions, la cure radicale parut indiquée à M. Polaillon.

Après avoir réduit complètement la hernie, il fit une incision oblique de 6 millimètres, com-

mençant à la partie externe du scrotum et remontant sur la paroi abdominale dans la direction du trajet inguinal. Il arriva couche par couche sur le cordon qui fut écarté en haut et en dedans, et sur l'orifice inguinal externe. Là il ne rencontra point de sac. Il transfixa immédiatement avec une aiguille courbe le pilier inférieur, et il fit ressortir sa pointe au-dessus du pilier supérieur. Il plaça ainsi deux points de suture en fil d'argent. En tordant ces deux fils, il obtint une oblitération très satisfaisante de l'anneau inguinal. Cela fait, il laissa revenir le cordon à sa place normale, puis il réunit les lèvres de la plaie avec quatre points de suture métallique. Les fils de la suture profonde sortaient par la partie moyenne de la plaie cutanée et servaient de drain. Pansement de Lister.

Les suites furent simples. La plaie se réunit par première intention. Le neuvième jour M. Polaillon enleva par torsion un des fils de la suture profonde ; le deuxième jour, l'autre fil.

La névralgie testiculaire et funiculaire disparut d'abord complètement. Mais lorsque le malade commença à se tenir debout et à marcher, elle revint à un faible degré.

Actuellement la hernie est guérie ; le testicule est moins douloureux et l'opéré peut supporter un bandage herniaire destiné à permettre aux adhérences de se consolider et de prévenir la récidive.

Enfin, en réponse à la communication de M. le Dr Bailly, M. *Burq* a lu un nouveau mémoire relatif à l'action prophylactique du cuivre contre le choléra.

Ce mémoire et les documents qui l'accompagnent ont été renvoyés à la commission nommée récemment pour étudier cette question.

Dr J. Geoffroy

TRAVAUX ORIGINAUX

Du coup de fouet ou diastasis musculaire et de sa guérison immédiate par la faradisation,

par le Dr LARDIER.
Chirurgien de l'hôpital de Rambervillers (Vosges).

INTRODUCTION.

Dans les derniers numéros du journal de thérapeutique de 1874, le professeur Gubler attirait l'attention du public médical sur le traitement d'une affection sans doute fort commune, mais longue et tenace, et que les moyens les plus divers n'arrivent pas toujours à guérir. C'est dire assez que cette richesse apparente est pour cette affection, comme pour tant d'autres, le signe d'une véritable pauvreté. Plus il y a de choix dans les divers modes de traitement d'une maladie, moins il y a à compter sur la valeur curative de ces derniers.

Quoi qu'il en soit, le regretté professeur préconisait pour le traitement du diastasis musculaire ou *cinésialgie*, que l'on appelle encore vulgairement tour de reins, effort, coup de fouet, etc, une méthode nouvelle, infiniment supérieure à à celles mises ordinairement en usage, exclusive, et par cela même, vraisemblablement douée d'une vertu réelle, spécifique, que l'on avait en vain recherchée jusqu'à ce jour.

Les préceptes du maitre ne sont pas tombés dans l'oubli, mais ils n'ont pas été écoutés comme ils devaient l'être, et ils ne sont pas suffisamment vulgarisés, si j'en juge par l'avis de confrères auxquels j'ai fait part du traitement de Gubler, traitement, qui pour eux, était absolument nouveau.

Dans ces quelques lignes, j'expose les résultats de ma pratique, et je me permets d'attirer l'attention des praticiens sur des faits du plus haut intérêt, car ils s'adressent à une affection que le chirurgien, soit à la ville, soit au village, rencontre très fréquemment et qui est, d'habitude, d'une guérison difficile et lente ; je veux leur faire connaître et leur recommander un moyen qui guérit sûrement, immédiatement, et grâce auquel ils peuvent épargner aux malheureux, de longues journées de souffrances.

En un mot, j'insiste sur un procédé thérapeutique, sur lequel le professeur Gubler a attiré le premier l'attention, procédé qui est héroïque dans le traitement du diastasis musculaire, si j'en crois quinze observations que j'ai recueillies, et par lequel j'ai obtenu quinze guérisons immédiates, sans aucun insuccès, procédé enfin que je serais heureux de voir vulgarisé et appliqué par nos confrères.

Je ne veux pas relater ces quinze observations par le menu, persuadé qu'elles n'offriraient, par les répétitions auxquelles elles m'exposeraient, qu'un intérêt médiocre. Cependant, je citerai dans le courant de ces quelques pages, les particularités qui me paraîtront devoir éclairer le mode de production de l'affection qui nous occupe, les lésions musculaires qu'elle engendre, et le mode thérapeutique que l'on doit lui opposer rationnellement.

DE LA NATURE DU DIASTASIS MUSCULAIRE.

Je laisse de côté les formes graves du coup de fouet, à propos desquelles le professeur Verneuil a fait des remarques du plus haut intérêt ; mais, tout en ne m'occupant que des cas légers, qui sont de beaucoup les plus fréquents, je puis dire que je n'étonnerai personne, en affirmant que bien

des médecins, en ce qui concerne le diastasis musculaire simple ou coup de fouet, croient encore volontiers à la rupture de la fibre musculaire, à une lésion anatomique caractérisée par une séparation absolue, résultant d'un excès de distension, dans la continuité de la fibre. Il n'en est rien, et la rapidité de la guérison sous l'influence du courant faradique, nous est une preuve nouvelle qu'il n'y a pas rupture de la fibre, mais uniquement distension exagérée. Si la rupture était réelle, le myolemme tordu, interposé entre les deux tronçons musculaires, n'admettrait pas leur réunion immédiate, instantanée, et le procédé thérapeutique préconisé devrait être sans aucune vertu.

Mais si nous comprenons la cinésialgie comme le résultat d'une distension exagérée de la fibre musculaire, distension ayant dépassé les limites de sa contractilité, il sera aisé de penser que la faradisation, en amenant une contraction artificielle de la fibre, lui rendra son pouvoir contractile et, par le fait même, fera disparaître la douleur résultant de la lésion.

Cette digression touche de très près à la pratique et je crois qu'il est utile, pour que le mode de production du diastasis musculaire soit dégagé de toute obscurité, de donner à ce sujet quelques explications anatomo-physiologiques.

On sait que la fibre musculaire, même à l'état de repos, de relâchement, n'est pas dans un état de relâchement complet. Il reste ce qu'on appelle le *tonus musculaire*, caractérisé par la persistance de la contraction fibrillaire, contraction faible, il est vrai, instinctive, dont nous n'avons pas conscience, qui n'en est pas moins réelle, et qui permet, à cette fibre même, d'entrer dans un état de contraction supérieure sans pouvoir dépasser, à l'état physiologique, l'état de relâchement maximum ou minimum de contraction, qui constitue le tonus musculaire. Si, par suite d'une cause ou d'une autre, d'une influence subite, cet état de relâchement de tonus est dépassé, la fibre peut être distendue, sans être rompue, et ne plus retrouver dans sa substance intime, par suite de l'excès de distension, sous l'influx nerveux, sa propriété contractile.

C'est cet état pathologique qui constitue le diastasis musculaire.

Nous voyons ce phénomène se produire journellement dans la distension exagérée des fibres musculaires lisses de certaines cavités splanchniques, la vessie par exemple. Lorsque, sous une influence accidentelle, le muscle vésical a été distendu d'une façon exagérée, les fibres musculaires qui le constituent, ayant dépassé les limites du tonus, ne retrouvent plus leur force contractile, et nous voyons alors la vessie se remplir jusqu'à une certaine limite, proportionnelle au pouvoir extensif de la fibre musculaire, sans qu'il y ait rupture. La rétention d'urine par impuissance de contraction de la fibre musculaire se trouve constituée.

Cette contraction instinctive, naturelle, continue de la fibre musculaire, même dans la période de relâchement qui s'identifie avec la période de repos, cette contraction fibrillaire dont nous n'avons pas conscience, et qui constitue le tonus musculaire, peut expliquer l'existence dans notre organisme, d'un véritable sens musculaire (généralement admis à notre époque), absolument comparable aux sens traditionnels. Comme les autres, ce sens est toujours en éveil; cependant il existe des moments où il semble ne pas fonctionner, où l'attention instinctive qui commande à nos sens et les tient éveillés, semble abolie. A qui n'est-il arrivé de ne pas entendre simplement parce que l'on n'écoutait pas, de regarder sans voir un objet visible, parce que l'attention faisait défaut ? On pourrait dire en termes psychologiques, que, dans ces cas, la sensation n'est pas perçue. Le bruit frappe l'oreille, la rétine est impressionnée, mais le sens qui préside à la perception des sons ou des objets, n'est pas en état d'éveil. Il semble qu'il y ait interruption du courant entre le point de départ et celui d'arrivée. Il en est de même pour le sens musculaire qui préside à la contraction et aux mouvements des muscles à fibres striées. C'est par son action que nous voyons que la contraction du muscle et sa résistance sont proportionnelles à l'effort à fournir. C'est le sens musculaire qui provoque le maximum de contraction que ne peut dépasser l'effort. Entre le minimum de contraction, fixé par le tonus musculaire et le maximum de contraction correspondant au summum de l'effort, se trouve placée ce que j'appellerai *la capacité musculaire individuelle*.

Ces limites, fixées par le sens musculaire, peuvent-elles être dépassées d'un côté ou d'un autre ? La contraction exagérée, dépassant la limite physiologique, peut amener la rupture des muscles à leurs extrémités tendineuses, l'arrachement des portions osseuses, des cartilages où les muscles s'insèrent, etc..... Je n'ai pas à m'occuper de ces lésions. L'état de relâchement peut être dépassé à son tour, et amener un état correspondant à la distension musculaire, au diastasis, état dans lequel la fibre musculaire ayant dépassé les limites du tonus, ne retrouve plus sa faculté contractile. L'exagération du diastasis amène la rupture de la fibre.

J'ai dit plus haut que le succès instantané, obtenu par la faradisation dans le cas de cinésialgie, n'admettait pas la rupture musculaire.

Je ne m'occuperai donc que du diastasis ou exagération de distension de la fibre musculaire. Mais avant de donner quelques explications sur son mode de production, je dois dire un mot de *l'antagonisme musculaire*. Un grand nombre de groupes musculaires ont, dans la machine humaine, un système antagoniste. Il est aisé de comprendre qu'un groupe, en se contractant, produise le relâchement du groupe antagoniste. A la contraction de tel fléchisseur, correspond le relâchement de tel extenseur et vice-versa. Rappelons, *en résumé*, que la fibre musculaire conserve, même dans le relâchement une certaine contraction qui constitue le tonus musculaire, qu'au delà de cette contraction instinctive, la fibre distendue ne retrouve plus sa faculté de contraction, que le sens musculaire, sans que nous en ayons conscience,

mesure la contraction du muscle ou du groupe musculaire, proportionnellement à l'effort à fournir, enfin que, dans notre organisation, un grand nombre de groupes musculaires ont leurs antagonistes. Cela dit, passons au mode de production du diastasis. (*à suivre*).

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

DE LA PELVI-PÉRITONITE OU PÉRIMÉTRITE (*suite*).

IV

Nous avons décrit, dans le précédent article, les diverses formes de pelvi-péritonite aiguë. Il n'est pas moins important de bien connaître les modalités chroniques de cette affection.

L'étude des maladies chroniques, disons-le en passant, doit particulièrement préoccuper le médecin, pour diverses raisons, les unes relatives à son intérêt personnel, les autres à l'intérêt des malades.

Il est rare, en effet, que l'intervention médicale modifie beaucoup l'évolution des maladies inflammatoires aiguës, qui en général ont un cycle à peu près déterminé; favoriser l'effort curateur de l'organisme, prévenir et écarter les complications, c'est à peu près tout ce que nous pouvons faire contre une phlegmasie franche aiguë. Nous pouvons beaucoup plus contre les maladies chroniques, bien que la chose puisse sembler paradoxale aux personnes étrangères à la médecine.

La chronicité dans les maladies ne consiste pas simplement en une durée plus longue de celles-ci; la durée n'est qu'un indice et qu'un attribut secondaire. Si une maladie est chronique, c'est, ou parce que la répétition incessante d'une même cause nuisible fait renaître à chaque instant la maladie qui paraissait s'éteindre, ou parce que la constitution du malade porte en soi une tare qui favorise la tendance à la chronicité; cette tare est une diathèse, l'une de ces grandes modalités constitutionnelles inconnues dans leur essence, que ni le chimiste, ni le micrographe n'ont pu encore nous expliquer, mais qui se manifestent à chaque instant aux yeux du clinicien par la marche particulière qu'elles impriment aux maladies.

Plus d'une fois déjà nous avons insisté sur le rôle des diathèses dans la pathogénie des maladies récidivantes; il n'y a pas longtemps que nous rappelions, à propos des bronchites chroniques, ces importantes notions de pathologie générale. Elles vont de nouveau trouver leur application à propos de la pelvi-péritonite chonique.

« La périmétrite est chronique, dit M. G. de Mussy, quand, sous l'influence d'un état morbide constitutionnel, elle ne peut arriver à résolution et persiste indéfiniment, soit qu'elle se développe dans un organisme atteint d'une de ces cachexies qui accusent à la fois l'épuisement des forces, et un trouble grave de la nutrition; soit qu'elle se rencontre avec une de ces affections constitutionnelles qui peuvent, comme l'hystérie, appeler dans le foyer morbide des incitations souvent renouvelées; soit, enfin, qu'elle soit en connexité avec une de ces diathèses destructives qui s'arrêtent quelquefois, mais ne rétrogradent presque jamais.

La durée de la maladie n'est que le caractère extérieur de la chronicité: celle-ci est l'expression d'une modalité profonde de la vie qui tend à persister, qui fait en quelque sorte partie de la constitution, en un mot qui est devenue constitutionnelle. »

Appelé à donner des soins à une malade atteinte de pelvi-péritonite chronique, le médecin a besoin de s'appuyer sur ces notions s'il veut être à la hauteur de sa tâche. Il devra donc, d'une part, rechercher quel est dans l'hygiène de sa cliente le point défectueux qui entraîne la production des récidives; il lui faudra, d'autre part, analyser avec soin le tempéramment à l'aide des anamnestiques, en reconstruisant son passé pathologique et celui de ses ascendants, etdépister les états diathésiques par l'examen de tous les appareils de l'économie.

Précisons par des exemples.

Une pelvi-péritonite chronique peut s'établir *consécutivement à une pelvi-péritonite aiguë*, parce que la malade se sera levée trop tôt, se sera fatiguée par la marche, les distractions mondaines ou le coït, par une insuffisance de précautions pendant ses époques menstruelles; la conséquence de ces *imprudences* est la production de plusieurs poussées subaiguës et le passage à l'état chronique.

Dans ces cas les symptômes généraux sont peu accentués: quelquefois une légère fièvre vespérale intermittente, à manifestations atténuées; frissonnements suivis de chaleur et de sueur, mais sans périodicité régulière, quelquefois une recrudescence de douleurs pendant quelques jours, miction plus fréquente, défécation douloureuse, troubles dyspeptiques. Le ventre est modérément ballonné, on peut en déprimer les parois et parfois sentir en un point du petit bassin une tumeur. Mais c'est surtout le toucher vaginal qui donne l'explication de cet appareil symptomatique, en faisant constater un col utérin plus ou moins effacé, immobile, enclavé, un ou plusieurs culs-de-sac résistants et indurés.

Une pelvi-péritonite *chronique* peut s'établir *primitivement* « chez des femmes délicates d'une nutrition peu active et surtout chez des femmes strumeuses, affectées de ces catarrhes chroniques de l'utérus qui accompagnent si souvent la *scrofule*. Ce catarrhe scrofuleux peut, d'après M. Bernutz, rendre la périmétrite chronique, en entretenant dans le voisinage du foyer inflammatoire un état congestif permanent.

Chez ces sujets lymphatiques ou scrofuleux existent des symptômes vagues d'affection utérine, quelques troubles menstruels. Au moment d'une poussée un peu plus accentuée, si on vient à pratiquer le toucher, on découvre une indura-

tion ou même une tumeur bien caractérisée dans l'un des culs-de-sac utérins; cette induration se résout à peu près complètement jusqu'à ce qu'une nouvelle petite poussée ramène les mêmes symptômes.

Cet état doit préoccuper le médecin pour plusieurs raisons. Existe-t-il une prédisposition du sujet à la tuberculose, il n'est pas invraisemblable que cet état congestif puisse appeler sur l'utérus et sur ses annexes la localisation tuberculeuse, aussi bien que le catarrhe bronchique l'appelle quelquefois sur les poumons (Aran, de Mussy).

La pelvi-péritonite chronique primitive est, en outre, l'agent le plus habituel des déviations utérines; c'est une des causes de la stérilité, des hématocèles, par suite des adhérences vicieuses imposées à l'utérus et aux trompes. Il est vrai que, le mal étant parfois bon à quelque chose, les fausses membranes produites isolent souvent de la grande cavité péritonéale le petit bassin et les organes qui y sont contenus, assez complètement pour empêcher le développement des péritonites généralisées.

La pelvi-péritonite chronique d'emblée peut encore être le *résultat direct de la tuberculisation des organes génitaux*, qu'il y ait ou non des manifestations tuberculeuses en un autre point de l'organisme. Bien étudiée par Bernutz, par Brouardel (1864), plus récemment par Vermeil (1880), elle est fort importante à conaître au point de vue du pronostic.

« Tout à coup, et ordinairement sans qu'on puisse accuser une de ces causes accidentelles que nous avons vu intervenir dans la production des autres périmétrites, souvent encore au voisinage de l'époque menstruelle, surviennent des douleurs accompagnées de ballonnement.

Ces douleurs ont ordinairement pour origine et pour foyer principal une des fosses iliaques; elles diminuent au bout de quelques jours sans cesser entièrement, et le ballonnement disparaît; mais la santé ne se rétablit pas.

Le toucher et la palpation font alors constater, dans une des régions pelviennes, un empâtement vague d'abord, puis plus nettement dessiné, bosselé, inégal, qui semble dans quelques cas envelopper la trompe et l'ovaire.

Après un apaisement incomplet, ces crises se répètent sous l'influence de la congestion menstruelle ou de quelque excitation venue du dehors. Contrairement à ce qu'on observe dans d'autres périmétrites chroniques, le flux cataménial continue en général à se montrer périodiquement : quelquefois il prend le caractère ménorrhagique, puis des métrorrhagies se montrent dans l'intervalle des époques. Ce sont comme des hémoptysies utérines. » Toutefois, de même que l'on voit des phthisies pulmonaires sans hémoptysies, les métrorrhagies peuvent manquer dans la périmétrite tuberculeuse.

Il y a des rémissions pendant lesquelles les lésions locales semblent diminuer; mais elles persistent pourtant. La phlegmasie peut aboutir à la suppuration, le pus peut se former dans un espace de temps très court, sans réaction très intense, sans douleurs très violentes.

Mais, au bout de quelque temps, la fièvre hectique s'allume, on voit apparaître la diarrhée incoercible, les sueurs partielles ou générales et profuses, et, que la phthisie pulmonaire vienne ou non mêler ses symptômes à ceux de la tuberculisation génito-péritonéale, la malade succombe à l'état consomptif.

Il faut aussi savoir qu'il existe des pelvi-péritonites non tuberculeuses chez des sujets tuberculeux, et que l'existence de cette phlegmasie péritonéale a paru quelquefois enrayer la diathèse qui s'aggravait après leur guérison. « Ces faits de révulsion pathologique, déplaçant ou enrayant l'action morbide, ne sont pas rares dans l'histoire de la tuberculose: une fistule anale, une dartre, un flux hémorrhoïdal, tiennent quelquefois en échec le développement des tubercules qui éclatent quand disparaissent ces autres centres d'irritation et de fluxion congestive. »

Enfin une dernière variété de péritonite chronique est celle qui est sous la dépendance d'une lésion organique primitive et permanente de l'utérus, les fibrômes et le cancer de l'utérus. La présence du néoplasme, irritant le feuillet péritonéal voisin, engendre de la péritonite adhésive, à poussées successives. De temps en temps un mouvement fébrile de quelques jours, des douleurs, un état nauséeux ou quelques vomissements sont les indices de ce travail inflammatoire. Ces faits sont d'autant plus importants à connaître aujourd'hui, que l'hystérectomie devient une opération plus usitée.

Quand on a diagnostiqué un fibrôme ou un néoplasme cancéreux du corps de l'utérus et que l'on songe à extirper l'organe en entier, il faut tenir grand compte de ce travail pelvi-péritonitique antérieur.

V

Le diagnostic des différentes formes de périmétrite présente, dans certains cas, une réelle difficulté; mais, le plus souvent, il est assez aisé de reconnaître cette affection.

C'est surtout avec l'hématocèle que la confusion pourra être faite, d'autant plus que des accidents inflammatoires compliquent assez souvent l'épanchement sanguin intra-péritonéal.

Quand on peut suivre la succession des incidents morbides, au début la production rapide d'une tumeur assez considérable, en même temps que les signes d'hémorrhagie interne, faiblesse, pâleur, tendance lipothymique, la consistance graduellement croissante de cette tumeur sont des signes qui éclairent le médecin; mais quand on n'est appelé qu'au bout d'un certain temps, et qu'on rencontre dans le petit bassin une tumeur dure, que les commémoratifs sont vagues, mais qu'il en paraît ressortir des signes d'inflammation péritonéale, l'embarras est réel.

Il faut alors songer à l'étiologie, se rappeler que l'hématocèle n'a point de connexion avec l'état puerpéral et l'accouchement, qui sont au con-

traire si fréquemment le point de départ de la pelvi-péritonite. L'hématocèle est souvent, par contre, en rapport avec des troubles dysménorrhéiques, et, quand l'épanchement sanguin par reflux dans le péritoine se produit, il s'accompagne d'une perte de sang par la vulve, tandis que dans la pelvi-péritonite aiguë survenant a l'époque menstruelle, on voit, en général, les règles s'arrêter dès que les symptômes de l'inflammation péritonéale s'accentuent.

L'évolution ultérieure, qui nous permet de constater dans la tumeur sanguine, à l'époque menstruelle suivante, des points ramollis et subfluctants, une augmentation de volume passagère, puis une diminution assez rapide, et la production de ce même travail d'augmentation de retrait une ou deux fois encore, n'est point celle de la péritonite où la tumeur, après s'être constituée d'emblée avec sa consistance et son volume, subit un retrait graduel, mais régulier. La rareté relative de l'hématocèle comparée à la fréquence si grande de la pelvi-péritonite ne doit pas être négligée non plus comme élément d'appréciation.

Le diagnostic avec le phlegmon de la fosse iliaque ne nous parait pas si difficile que l'indique Bernutz. L'absence de signes au toucher vaginal, au contraire la formation d'emblée, au dessus de la ceinture pelvienne, derrière la paroi abdominale, d'un plastron facilement délimitable par la palpation; une marche plus régulière et plus continue des douleurs croissant en intensité comme dans tout phlegmon, et non d'emblée au maximun d'acuité; le début à une époque plus éloignée de l'accouchement; — si le phlegmon fuse du côté du psoas, la flexion de la cuisse sur le bassin; — la moindre importance des troubles sympathiques, c'est-à-dire l'absence de nausées et de vomissements, de dysurie et de constipation, sont des différences considérables entre le phlegmon iliaque et la pelvi-péritonite.

Le phlegmon du ligament large est au contraire de nature à induire en erreur; mais on n'oubliera pas que, dans cette affection, la saillie faite par la tumeur est toujours située latéralement par rapport à l'utérus, effaçant l'un des culs de sac, droit ou gauche, s'étendant sur le même côté du vagin et remontant vers la fosse iliaque du même côté, que l'utérus est habituellement attiré du côté malade, qu'une bride transversale unit souvent une déchirure du col au ligament large enflammé.

Les kystes et tumeurs de l'ovaire, déterminant un peu de pelvi-péritonite partielle, ne peuvent embarrasser le diagnostic que s'ils sont au début, de petit volume et encore contenus dans le petit bassin; car, s'ils ont subi leur ascension habituelle, ils augmentent, au lieu de la diminuer, la profondeur des culs de sac.

Une tumeur fibreuse de l'utérus, ou le corps de l'utérus en rétroflexion ou en latéroflexion, avec coexistence de troubles fonctionnels pouvant faire croire à la pelvi-péritonite, ne devront pas être confondus avec la tumeur pelvi-péritonitique; on tiendra compte surtout de la continuité entre la saillie suspecte et le reste de l'organe, et surtout de la mobilité conservée; car un des premiers résultats de la pelvi-péritonite est l'immobilisation de l'utérus. Nous ne conseillons pas à qui n'aurait pas une très grande dextérité dans le maniement de l'hystéromètre, de pratiquer, pour résoudre la difficulté, le cathéthérisme utérin, indiqué par quelques auteurs. Les dangers auxquels on s'expose sont plus graves qu'une incertitude dans le diagnostic.

Enfin il faut citer pour mémoire l'accumulation de matières fécales durcies dans le rectum et simulant une tumeur circum-utérine, mais que l'administration des purgatifs fera disparaître.

VI

Le traitement de la pelvi-péritonite diffère dans les formes aiguës et chroniques.

Nous sommes très partisan de l'application des sangsues au niveau de la région inguinale ou de la fosse iliaque, dans tous les cas où le sujet n'est pas affaibli par des maladies antérieures et où les phénomènes douloureux éclatent avec une grande intensité. L'état puerpéral ne nous semble pas en général une contre-indication. Il faut, bien entendu, proportionner le nombre de sangsues à la vigueur de la malade et surveiller ensuite l'écoulement sanguin; car on peut avoir affaire, comme nous en avons vu deux exemples, à des sujets hémophiliques et chez lesquels, après la chûte des sangsues, un cataplasme chaud ayant été appliqué détermina une hémorrhagie des plus inquiétantes.

Un excellent moyen est l'application de la glace, à la condition qu'elle soit bien faite suivant les règles suivantes. Dans une vessie de porc, ou dans un sac en caoutchouc, on introduit une demi-livre ou une livre de glace cassée en petits fragments, afin que le poids n'en soit pas intolérable à l'abdomen hyperesthésié; ce sac doit être séparé du tégument par une compresse pliée en plusieurs doubles afin d'éviter la gangrène superficielle de la peau observée deux fois par Béhier. Il faut que la réfrigération soit constante, et l'on ne doit pas attendre pour renouveler le contenu du sac que la glace soit complètement fondue; car, si l'on cesse une demi heure seulement le contact froid, l'afflux sanguin se fait avec une violence d'autant plus grande, et le remède est pire que le mal.

Les vésicatoires ne nous ont pas paru d'une utilité bien évidente contre la pelvi-péritonite aiguë, il n'en est pas de même dans les formes chroniques.

L'application de collodion élastique, préconisée par Robert de Latour soulage quelquefois.

Simultanément à l'emploi des émission sanguines et de la glace, l'opium est administré à l'intérieur sous forme de pilules d'extrait thébaïque de 0,01 centigramme toutes les heures, ou mieux d'injections de morphine, quand les vomissements s'opposent à l'ingestion buccale. La potion de Rivière et l'eau de Seltz ne valent pas contre les vomissements les petits fragments de glace tenus

continuellement dans la bouche ; mais le champagne frappé, pris par cuillerées à café, est souvent bien supporté.

Le traitement classique qui consiste à administrer le calomel à doses fractionnées compte encore des partisans assez nombreux.

On utilise aussi le mercure sous forme d'onguent napolitain belladoné dont on fait trois ou quatre onctions dans les vingt-quatre heures ; mais l'inconvénient de cette méthode est la salivation parfois rapide.

On a conseillé les bains généraux tièdes. Nous les croyons absolument contrindiqués dans la pelvi-péritonite aiguë, parce que le repos et l'immobilité sont des éléments indispensables à la cessation du travail inflammatoire. C'est en immobilisant tous les viscères abdominaux que l'on réaliserait bien plutôt l'idéal de la thérapeutique. Aussi ne faut-il pas craindre de laisser la constipation s'établir pendant les deux ou trois premiers jours de la poussée aiguë.

Tout autre doit être la conduite, dès que les signes d'acuité ont disparu ; c'est-à-dire quand la fièvre n'est plus continue, quand la douleur spontanée n'existe plus. Alors on donnera un laxatif, des lavements tièdes mucilagineux ou huileux, dont on modérera la force de projection en n'ouvrant qu'à moitié le robinet de l'irrigateur.

L'alimentation qui n'aura consisté qu'en lait et qu'en bouillon pendant la poussée fébrile, sera augmentée dès que l'apyrexie sera établie. Mais, on insistera absolument sur le *repos rigoureux*, exact, dans la position *horizontale*. A vrai dire, c'est là toute la difficulté du traitement de cette affection : dès que les malades n'ont plus de fièvre et cessent de souffrir, il est bien difficile de leur faire comprendre, à quelque classe de la société qu'elles appartiennent, qu'elles ne sont guéries qu'en apparence et que la moindre imprudence va tout remettre en question. Aussi, notre maître, M. Siredey dit-il quelquefois que le meilleur parti à tirer des vésicatoires à cette période serait de les appliquer sous la plante des pieds.

Quand la pelvi-péritonite est arrivée à l'état chronique, c'est aux médicaments dits résolutifs qu'on s'adresse, l'iodure de potassium à petites doses, les bains salés. On peut aussi donner le médicament en suppositoire.

Beurre de cacao.....	2 grammes.
Iodure de potassium..	10 à 30 centigrammes.
Extrait de ciguë......	10 à 20 centigrammes.
Extrait thébaïque.....	2 centigrammes.

Comme bains minéralisés, on peut mettre 150 à 200 grammes de carbonate sodique et 20 grammes d'iodure de potassium dans la baignoire, et introduire dans le vagin, pendant la durée du bain, une grosse canule en gomme. Chez les sujets strumeux, les bains sulfureux seront employés comme modificateurs de la constitution. En même temps les toniques, l'arsenic surtout et le quinquina plutôt que le fer sont indiqués ; car l'état dyspeptique s'oppose souvent à ce que les ferrugineux soient tolérés.

Enfin, c'est dans les formes chroniques avec engorgements anciens que des séries de vésicatoires pourront donner d'assez bons résultats. A chaque période menstruelle, les précautions devront être particulièrement rigoureuses, et le repos le plus complet longtemps observé. Quant au repos sexuel, il est encore bien plus difficile à obtenir, et cependant sa nécessité est des moins contestables.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DE DROIT

Nous publions l'exposé suivant du projet de Caisse de retraites de M. le Dr BENOIST, de Saint-Nazaire. Cette publication ne comporte pas l'adoption par la *Commission*, non plus que par le *Concours médical*. — La Commission va étudier les divers projets et notamment ceux de MM. ORDONNEAU, LANDUR, BIGOURDAN. Ce n'est que par comparaison et discussion approfondie qu'on prendra une détermination, et alors nous procéderons sur-le-champ à la mise à exécution.

Très cher confrère et très honoré directeur,

J'ai l'honneur de vous adresser à la hâte les quelques mots que vous m'avez demandés, je suis tellement occupé que je crains que certaines parties de mon exposition manquent de clarté, je compte sur votre expérience pour modifier les points qui vous sembleraient obscurs à la lecture.

Voici à peu près ce que j'ai dit à la réunion des Membres du *Concours*.

Messieurs,

Il y a bientôt dix ans que je travaille la question si intéressante des pensions de droit; j'ai même présenté à ce sujet, en 1876, un projet à l'Association générale, et je m'étais bien promis après l'accueil qui m'a été fait, de ne plus m'en occuper; mais, encouragé par les articles du Dr Ordonneau sur cette question, je me suis remis à l'œuvre et, certain de votre bienveillant accueil, je viens vous exposer mes idées dans l'espoir de les faire partager à tous ceux qui pensent, comme moi, qu'un grand progrès sera réalisé, le jour où tous les médecins âgés pourront être assurés d'une retraite suffisante pour pourvoir à leur existence, et pour leur permettre de prendre le repos auquel nous aurions tous tant de droits de prétendre, vers la fin de notre carrière.

Je me suis fait le raisonnement suivant : si un certain nombre de médecins fondaient une société susceptible de recevoir chaque année des adhérents nou-

veaux, ils réaliseraient, en dix ans, un capital quelconque, dont les intérêts pourraient être employés à constituer un certain nombre de retraites au profit des membres les plus âgés; l'année suivante, les intérêts des cotisations nouvelles permetteraient d'établir de nouvelles retraites destinées aux médecins qui viendraient par rang d'âge à la suite des précédents. En continuant ainsi ,d'années en années, ou arriverait à pourvoir de retraites tous les médecins jusqu'à un âge déterminé, que je propose devoir être soixante ans. A cette date le nombre des retraités restant invariable (car le nombre des vieillards agés de soixante ans, qui auront chaque année droit à la retraite, sera compensé par celui des vieillards qui, âgés de plus de soixante ans, succombent dans l'année) le chiffre de la retraite augmentera infailliblement,puisque le capital s'accroîtra, chaque année, des cotisations des membres âgés de moins de soixante ans et de celles des nouveaux adhérents.

Pour mieux faire comprendre mon idée, j'ai supposé une Société composée à son debut en 1883 de 3,666 médecins recrutant tous les ans un certain nombre d'adhérents; les plus jeunes, âgés de 25 ans, sont au nombre 25 et les plus vieux, au nombre de 80, sont âgés de 59 ans, les autres sont répartis entre ces deux limites extrêmes, proportionnellement aux chances de mortalité.

Ce chiffre de 3,666 est le résultat des calculs de mortalité que j'ai faits sur 125 médecins depuis l'âge de 25 ans, jusques et y compris celui de 59 ans, de telle sorte que les 125 médecins de 25 ans, seront réduits au nombre de 124, à l'âge de 26 ans, à 122 à l'âge de 27 ans, et à 80 à l'âge de 59 ans : en faisant la somme des réductions opérées ainsi à chaque âge, on obtient le chiffre de 3,666.

J'ai supposé que de 25 à 34 ans, la cotisation annuelle exigée est de 60 francs; de 35 à 59 ans, de 120 francs. J'ai doublé les cotisations des membres fondateurs âgés de 50 à 59 ans, en raison des avantages prochains qui leur sont offerts.

J'ai supposé que notre société était autorisée et que nous pouvions déposer sans aucun frais nos fonds à la caisse des dépôts et consignations (service des pensions de retraite) qui assure à ses déposants un intérêt à 4 1/2 p. 0/0.

Je suppose également, comme dans la Caisse des pensions médicales belges, que la cotisation était exigible des adhérents à partir de la nomination comme docteur et qu'on ne pourrait être admis après l'âge de trente-cinq ans, (exception faite, bien entendu, pour les membres fondateurs).

Notre société étant ainsi constituée, et les calculs de mortalité établis, nous nous trouvons posséder en 1894, c'est-à-dire dix ans après notre fondation, le capital de 7.120.659 francs 77 centimes dont les intérêts peuvent faire face à 534 retraites de 600 fr.

En 1911, notre capital s'est élevé à 14.454.927 fr 77 centimes. A cette date, non seulement nous constituons une retraite de 600 fr. à 1059 vieillards, à partir de leur soixantième année, mais encore nous pouvons commencer à leur distribuer un dividende, croissant d'année en année, lequel, en 1924, époque à laquelle j'ai arrêté mes calculs, s'élève à la somme de 297 fr. 30 par retraite, avec un accroissement probable et indéfini de 35 à 40 fr. par an.

Malgré ces résultats remarquables, je n'ai pas oublié la famille à laquelle j'ai réservé une somme de 20.000 fr., pour parer aux deux éventualités suivantes :

Ou le chef de famille meurt avant d'avoir droit à la retraite ;

Ou il meurt après y avoir eu droit.

Dans le premier cas, j'ai pensé qu'il était juste d'accorder à la veuve ou aux enfants mineurs 10 p. 0/0 des sommes versées par le titulaire, pendant une période d'années égale à celle pendant laquelle le mari, ou le père, a fait partie de la société.

Dans le second cas, j'accorde la moitié de la retraite à la femme et aux enfants.

Messieurs et chers confrères,

L'attention avec laquelle vous m'écoutez, malgré l'heure avancée, me prouve que l'idée de la création d'une retraite de droit est mûre, et que nous désirons tous la voir fonctionner. Quel que soit le projet qu'on adopte, il sera le bienvenu : les adhérents nous arriveront de toutes parts et les résultats que nous obtiendrons seront bien supérieurs à ceux que le calcul m'a fait mettre sous vos yeux, car je n'ai fait entrer en ligne de compte ni les dons, ni les legs qui ne manqueront pas d'abonder dans une société aussi pratique et aussi confraternelle.

En terminant, je ne puis résister à la tentation de jeter un regard en arrière et de regretter que les médecins qui nous ont précédés n'aient pas eu la pensée de nous doter d'une institution de prévoyance aussi utile.

Quelles que soient les difficultés du début, n'imitons pas leur exemple et si, personnellement, nous ne retirons pas de grands profits de cette nouvelle organisation, sachons nous contenter de la reconnaissance que nos successeurs auront pour nous.

Telles sont, je crois, mon cher confrère, les réflexions que j'ai faites à notre réunion, ajoutez, retranchez, faites ce que bon vous semblera : toutefois, il y a une continuation : c'est la nomination de la Commission pour examiner la question de la Caisse des retraites et aussi le vote de 1000 francs.

Je vais tâcher d'élaborer des statuts et, si nous avons l'autorisation, je crois qu'il sera bon de marcher le plus tôt possible.

REVUE CLINIQUE

HOPITAL DE LA PITIÉ — M. VERNEUIL.

Epithélioma de la mâchoire inférieure

Aujourd'hui encore, nous sommes appelé à faire une opération sur la mâchoire, non plus cependant pour un cancer de la langue comme la semaine dernière, mais pour un épithélioma de la mâchoire inférieure, épithélioma situé sur la branche horizontale droite de la mâchoire inférieure, et compliqué de noyaux secondaires dans les ganglions sous-maxillaires du même côté.

Depuis un grand nombre d'années, lorsqu'il s'agit d'opérations analogues à celles que nous avons à faire ici, j'ai toujours eu trois grandes préoccupations: la première, de faire bénéficier de l'anesthésie chloroformique les malades auxquels on a à faire subir une opération sur la cavité buccale, sur les voies aériennes, sur la face ou sur la tête, afin de leur éviter des souffrances absolument inutiles: la seconde, de prévenir pendant le cours de l'opération, l'introduction du sang, soit dans les voies aériennes où elle peut être des plus dangereuses, soit dans les voies digestives, où elle déterminerait des malaises plus ou moins prolongés, nausées, vomissements, etc.; la troisième, enfin, de réaliser une économie de sang, afin de conserver au malade toutes les forces qu'il lui reste et le préserver de toutes causes d'épuisement.

Un professeur de l'Université de Zurich, M. Théodore Rose, avait imaginé, dans les cas analogues à ceux qui nous occupent, d'opérer ses malades la tête en bas, afin d'empêcher la pénétration du sang dans les voies aériennes ou digestives; mais le grave défaut de ce procédé était de faire perdre au malade une grande quantité de sang.

Quant à moi, le manuel opératoire auquel j'ai recours en pareilles circonstances, me permet d'endormir mes malades, d'éviter toute perte de sang, d'éviter aussi la pénétration du peu de liquide sanguin qui s'écoule, — une cuillerée à peine, — dans les voies en question.

Voici, du reste, en quoi ce procédé consiste: Il faut, avant d'ouvrir la cavité buccale, faire à l'extérieur toutes les incisions préparatoires; chemin faisant, lier les vaisseaux importants au fur et à mesure qu'on les rencontre, de telle sorte que l'on arrive à la mâchoire alors qu'elle ne tient plus pour ainsi dire qu'à la muqueuse. Lorsqu'on est parvenu sur le maxillaire, la cavité buccale n'a pas encore été ouverte; on pratique alors, avec la sonde cannelée, une petite ouverture à la muqueuse, d'une part, une seconde petite ouverture à la lèvre, d'autre part, ouvertures à travers lesquelles on passe d'abord un fil, puis la chaîne dont on doit se servir pour scier le maxillaire inférieur. Si l'on ne peut réussir à faire la section de l'os avec la chaîne, on remplace celle-ci par la scie de Larrey, dite aussi scie de Langenbeck, puis on coupe la mâchoire. La section opérée, on saisit l'os, on le tire par en bas. Le maxillaire descend avec la muqueuse, on place dans les sinus un fragment d'éponge et on détache enfin la muqueuse. L'opération est ainsi terminée sans qu'une goutte de sang, pour ainsi dire, ait pénétré dans la bouche; quand je dis une goutte, je veux dire que c'est à peine si une cuillerée de sang est entrée dans la cavité buccale.

Malheureusement, dans le cas présent, ce procédé n'est pas complètement applicable; à cause de l'épithélioma secondaire que nous trouvons dans les ganglions sous-maxillaires, il y aura quelques petites modifications à lui faire subir. Je vais cercler le tout avec le thermo-cautère, je lierai l'artère faciale après avoir enlevé les ganglions malades, et, si cela est nécessaire, j'agrandirai les incisions avec le bistouri. Je ne pense pas qu'il soit utile d'enlever toute la portion droite du maxillaire inférieur; je crois qu'il va nous suffire d'enlever seulement, par deux traits de scie, la branche horizontale de cet os en allant un peu au delà de la dernière dent molaire, c'est-à-dire en empiétant un peu sur les insertions du masséter.

La tumeur à laquelle nous avons affaire ici est une variété assez curieuse d'épithélioma, qui a été très bien étudiée, dans cet hôpital, par M. Reclus, et décrite par lui sous le nom d'épithélioma térébrant. Ces sortes de tumeurs se creusent leur voie dans l'épaisseur des os et ne s'y étendent généralement pas au loin; elles paraissent très peu à l'extérieur, et l'on a souvent quelque peine à les découvrir.

Je vais donc procéder à l'extirpation d'un quart seulement de la mâchoire, ce qui, au point de vue des résultats définitifs, est toujours moins grave que s'il fallait enlever le tout.

Ces extirpations sont soumises à des règles précises, déterminées à l'avance par le plan d'opération que voici: anesthésie du malade, limitation de la tumeur sus-hyoïdienne avec le thermocautère par un ovale; quand j'arriverai sur l'artère faciale, je ferai, avant toute section, une double ligature dans le voisinage de la carotide, puis je terminerai mon ovale en allant à la rencontre de la branche maxillaire de cette même artère faciale, sur laquelle j'appliquerai également une double ligature. Ainsi donc, une section cutanée et deux ligatures d'artère, après quoi je procède à la dissection du maxillaire en avant et en arrière, puis je sectionne l'os, d'abord sur la ligne médiane, je le luxe en bas et je le sectionne de nouveau en arrière. Enfin l'opération est terminée par le pansement.

Ce procédé nous met à l'abri de tous dangers et, grâce aux doubles ligatures, j'évite toute hémorrhagie, et j'économise le sang de mon malade. En résumé, je procède pour l'extirpation de ces tumeurs comme Malgaigne le faisait, avec juste raison, pour ses ligatures d'artère, c'est-à-dire par des temps successifs, parfaitement déterminés à l'avance, de telle sorte que l'opération, si longue qu'elle soit, devient d'une simplicité extrême.

C'est là mon but dans le procédé auquel j'ai recours; je m'applique surtout, en chirurgie, à faire que tout le monde puisse aborder les trois quart

des opérations sans être obligé d'avoir recours à un chirurgien spécial, et cela, en employant les procédés les plus simples et les plus pratiques.

(*Gazette des hôpitaux*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX AMÉRICAINS.

De l'action physiologique et thérapeutique de la nitro-glycérine, par le Dr Desrosiers ; —*L'Union médicale du Canada, mars, avril* 1883) — Les propriétés physiologiques de la nitro-glycérine, ressemblent beaucoup à celles du nitrite d'amyle ; elle est, comme celui-ci, toxique à petites doses ; aussi ne l'emploie-t-on qu'en solution à un pour cent d'alcool.

Elle agit exclusivement sur le système nerveux, et, par lui, sur les différents appareils, mais plus particulièrement sur l'appareil circulatoire. A la dose de une à six gouttes de la solution, elle produit une céphalalgie fugitive ; mais, si la dose est plus forte, la céphalalgie devient persistante et s'accompagne de sensation de plénitude dans la tête, de vertige, d'ambliopie, de bourdonnements d'oreilles, de confusion des idées et même de perte de connaissance. Alors la face est congestionnée couverte de sueurs, le cœur bat plus fortement et plus rapidement ; les carotides et les temporales sont le siége de pulsations exagérées. La respiration est accélérée, quelquefois il survient de la diaphorèse, rarement des nausées.

Il se produit là une excitation cardio-vasculaire intense, en même temps qu'une hypérémie du cerveau et de ses membranes.

Trois théories ont été émises pour expliquer ces phénomènes ; ils sont dus, suivant les uns, à la paralysie des vaso-moteurs et du pneumogastrique. Pour d'autres, la nitro-glycérine stimule directement le sympathique, augmente ainsi, la vitesse et la force des battements du cœur, et produit la dilatation des capillaires par stimulation des vaso-dilatateurs. D'après la troisième théorie, elle agirait en paralysant directement les vaso-constricteurs.

Quoi qu'il en soit, l'effet reste le même : abaissement de la tension vasculaire, paralysie des vaso-moteurs, en un mot hyperémie périphérique.

Cette action indique les usages de la nitro-glycérine, aussi l'emploie-t-on avec succès dans l'anémie cérébrale et dans les différents états pathologiques liés à cette anémie : la céphalalgie, la migraine etc.

On l'a employée aussi dans certaines maladies du cœur, dans l'épilepsie (Hammond), dans l'angine de poitrine (Murrel), la chorée, l'asthme, l'emphysème, la néphrite interstitielle etc...

Il n'y a rien d'étonnant à ce que ce médicament, si nouveau encore, ait ainsi une foule d'applications.

Tous les remèdes d'invention récente en sont là.

D'après les résultats communiqués par Hammond à la Société neurologique de New-York, la nitro-glycérine en faisant disparaître l'ischémie cérébrale, met fin aux désordres qui en dépendent : c'est ce qui fait le triomphe de ce médicament dans la migraine. Dans cette affection il y a contraction des artérioles du cerveau ainsi que des capilaires de la face qui est pâle et presque exsangue : de même le fond de l'œil présente une apparence rose pâle, indice d'un afflux imparfait de sang au cerveau. Dans ces cas, Hammond administre une goutte de la solution au centième et répète la dose au bout d'un quart d'heure si la douleur n'a pas cédé : « Rarement, dit-il, j'ai été obligé de donner une troisième dose car, généralement, il y a eu soulagement marqué dès la première et disparition complète de la douleur à la seconde. »

Si la maladie est périodique, il vaut mieux administrer une goutte trois fois par jour, pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'attaque présumée et continuer trois ou quatre jours après.

Hammond avoue que le succès n'a pas répondu à son attente dans tous les cas, mais il maintient qu'aucun médicament ne produit d'aussi bons effets dans la migraine.

On peut en dire autant, de tous les états où l'ischémie prédomine : vertige anémique, tic douloureux, tendance à la syncope, céphalalgie et névralgies anémiques.

Dans les maladies du cœur, on la réserve pour les cas où il y a asystolie, faiblesse exagérée des pulsations et dégénérence graisseuse des parois. Elle agit en diminuant la tension artérielle.

Dans l'angine de poitrine elle serait inférieure au nitrite d'amyle.

Hammond l'emploie dans l'épilepsie concurremment avec les bromures. D'après lui, les bromures agiraient peu contre le petit mal, les vertiges, mais surtout contre le grand mal, les convulsions ; ce serait le contraire pour la nitro-glycérine. Il ordonne une goutte, trois fois par jour, pendant un mois ; puis il augmente chaque dose d'une goutte tous les mois, jusqu'à douze gouttes trois fois par jour. Il aurait obtenu de bons résultats.

* * *

De l'emploi de l'arsénite de brome dans le diabète. *The medical and surgical reporter, Philadelphia, june* 9, 1883) — Le Dr Gilliford aurait obtenu d'excellent srésultats en administrant l'arsénite de brome aux diabétique. Ce sel est composé de trois équivalents de brome et d'un équivalent d'acide arsénieux. On l'emploie en solution aqueuse.

En très peu de temps, on voit diminuer le poids spécifique de l'urine, et sa quantité. La soif et la faim diminuent aussi d'une façon très remarquable ; et les malades ressentent assez vite un bien-être inaccoutumé. Un malade qui présentait une assez forte proportion de sucre et avait une urine d'un poids spécifique de 1035, le 22 mars dernier ; qui était obligé de se lever trois ou quatre fois la nuit pour uriner, était guéri le 17 avril. Il pouvait alors dormir toute la nuit ; son urine ne pesait plus que 1020 et ne contenait plus de sucre. Un autre malade qui avait subi, sans résultat, diverses médica-

tions, rendait une quatité extraordinaire d'urine, qui, le 4 mai pesait 1040; à partir de ce jour, il fut soumis au traitement par l'arsénite de brome et le 14, l'urine avait déjà diminué presque de moitié, et son poids spécifique était tombé à 1029.

* * *

Les préparations de soufre dans l'acné, par le Dr Stelwagon. (*The medical and surgical reporter Philadelphia, june* 16 1883). — Le soufre en applications locales dans l'acné a survécu au déluge des médications nouvelles.

Les deux meilleures formes d'emploi sont la poudre de soufre et le sulfure de potassium. La première peut-être employée comme une poudre de toilette à l'aide d'un pinceau ; c'est un moyen commode, mais moins actif que les lotions et les pommades.

La meilleure formule de lotion est celle dans laquelle il est mélangé à un once (30 gramme) de glycérine, avec égales parties d'alcool et d'eau de roses. On peut employer une lotion contenant de l'éther, surtout lorsque prédomiuent les comédons, et lorsqu'il y a un léger degré de séborrhée.

La quantité de soufre varie suivant l'effet produit; on peut commencer par dix grains (0 gr. 50) à l'once. Pour la pommade, il faut un peu plus de soufre, depuis 20 grains à l'once, jusqu'à parties égales.

La sulfure de potassium, quoique moins usité. produit généralement meilleur effet que le soufre.

Il peut être employé en pommade (15 grains à l'once ou en lotions. Dans ces dernières, il est bon d'ajouter une petite quantité d'alcool et de glycérine, l'addition de sulfate de zinc les rend plus efficaces encore.

On préfère généralement le soufre en pommade et le sulfure en lotions; mais il n'y a aucune raison pour cela, et souvent même quand un moyen échoue l'autre réussit.

Le mieux est de faire l'application le soir. Il faut commencer par laver la face avec de l'eau chaude pendant quelques minutes, et étendre la pommade ou faire la lotion. On ne se lavera ensuite que le lendemain matin.

Il est bon d'interrompre le traitement pendant quelques jours chaque semaine, afin de faire disparaître la desquamation furfuracée produite par ces préparations.

En employant ce traitement avec persévérance, et en y joignant celui de la constitution individuelle du sujet, on obtient une certaine proportion de guérisons.

* * *

Ablation des tumeurs du sein chez les jeunes personnes, sans mutilation. (*The med. and surgical reporter, Philadelphia, june* 16, 1883). — Le Dr Reuben A. Vance, présente à ses élèves une jeune fille de 21 ans, à laquelle il a enlevé, il y a dix mois, une tumeur bénigne du sein, sans mutilation de l'organe, et sans qu'il y ait de cicatrice à sa surface. Cette jeune fille avait tardé à se faire opérer, et sa tumeur, augmentant à chaque époque menstruelle, était devenue énorme ; les souffrances et l'ennui avaient porté atteinte à sa santé générale. Aujourd'hui sa santé est florissante; lorsqu'elle est debout il est impossible de savoir quel sein a été opéré; et, si on vient à le soulever, on n'aperçoit à l'union de la partie inférieure du sein à la paroi thoracique, qu'une simple ligne blanche.

Cette jeune fille est accompagnée d'une amie qui réclame l'opération.

Jusqu'à vingt-cinq ans, le cancer de la mamelle est à peu près inconnu; après quarante-cinq, il est très fréquent. On peut conclure de là que les tumeurs des vieilles femmes sont généralement cancéreuses, tandis que celles des jeunes ne le sont pas. Les premières demandent l'ablation complète de l'organe malade, les secondes, l'énucléation de la masse morbide.

Chez les vieilles femmes, l'organe malade a joué son rôle dans la vie; chez les jeunes, l'organe est à peine développé, et ses devoirs sont encore à remplir. Enfin, on doit prendre en considération la symétrie et la beauté corporelle, considération très importante pour une jeune femme, et tout à fait secondaire pour une vieille.

Il faut enlever les tumeurs le plus tôt possible, parce que le stimulus de la menstruation, de la grossesse, de la lactation, peut faire augmenter leurs proportions, et une tumeur, qui semblait tout d'abord avoir un caractère bénin, peut, à un moment donné, revêtir les formes du cancer. Beaucoup de jeunes filles hésitent à se faire opérer dans la crainte de la mutilation.

La méthode de l'auteur est celle décrite par le Dr Gaillard Thomas dans *the New-York medical Journal and obstetrical Review*, légèrement modifiée.

On trace en dessous du sein, juste à l'endroit où il s'unit à la poitrine, une ligne demi-circulaire à l'aide du nitrate d'argent; on trace en même temps les points d'entrée et de sortie des épingles qui doivent servir à la suture; puis la malade étant anesthésiée, on coupe la peau et le tissu cellulaire jusqu'aux muscles. On dissèque ensuite la partie postérieure de la mamelle jusqu'à ce que la ligne de dissection représente la corde d'un arc s'étendant d'une extrémité à l'autre de la ligne demi-circulaire. Après ligature des vaisseaux, la mamelle est tenue renversée de bas en haut. On fait alors une incision sur la tumeur que l'on fixe avec des pinces et que l'on détache avec des ciseaux. Après avoir combattu les hémorrhagies qui ont pu se produire, on remet tout en place, on fait les sutures; et pour faire disparaître la cavité laissée par l'ablation de la tumeur, on exerce une compression à l'aide de bandes de flanelle.

Le Dr Gaillard Thomas laisse un drain dans la plaie; mais l'auteur préfère exercer la compression et, s'il se développe du pus, lui donner issue avec une sonde. Le drain, d'après lui, peut laisser un point d'induration.

Dans les cinq derniers cas traités par la compression et sans drain, la cavité s'est fermée par première intention, aussi promptement que s'il se fût agi d'une plaie cutanée. Dr Edmond Chaumier.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DE LA CORRÈZE. — FORMATION.

Monsieur et très honoré directeur,

Je ne sais si vous avez reçu déjà la nouvelle de la

constitution du Syndicat de la Corrèze. A tout hasard, je vais vous donner quelques renseignements.

Donc, le 22 août dernier, nous nous réunissions à Tulle, au nombre de vingt environ ; nous avions, en outre, autant d'adhésions de membres qui n'avaient pu quitter leurs occupations professionnelles. En tout quarante. Nous avons tout lieu d'espérer d'ailleurs que ce nombre ira tous les jours en augmentant. Notre séance s'est ouverte sous la présidence du docteur Longy. M. le docteur Pasquet, rapporteur de la commission d'organisation a donné lecture d'un projet de statuts, qui a été voté après une discussion assez longue. Immédiatement après, nous avons voté un tarif minimum d'honoraires.

Séance tenante on a procédé à l'élection d'une chambre syndicale composée de deux membres par arrondissement; ont été nommés :

MM. Pasquet, d'Uzerche. — Masmonteil, de Treignac. — Fargeit, de Saint-Etienne-aux-Clos. — Masson, de Saint-Félix, de Liginiac. — Durrieu, de Julliac. — Bardon, d'Objat.

M. le Dr Pasquet, a été nommé président de la chambre syndicale et par conséquent, *président du syndicat* pour cette année. M. le Dr Masmonteil a été nommé *secrétaire-trésorier.*

Nous avons décidé que le tarif minimum d'honoraires serait imprimé et adressé à tous les membres adhérents (1)

Notre excellent journal nous aidera à recruter de nouvelles adhésions à notre syndicat, surtout si, ainsi que je l'espère, tous les confrères à qui j'ai remis des formules d'adhésions vous les envoient. Il est absolument certain que tous ceux qui vous lisent, comprennent bien vite les bienfaits de notre association. Tous vos efforts pour l'amélioration de notre profession, ne tarderont pas à être couronnés de succès, et le jour n'est pas loin où le corps médical de toute la France vous comptera au nombre de ses meilleurs bienfaiteurs. Courage donc, et soyez persuadé que dans la Corrèze, tous vos adhérents vous garderont une éternelle reconnaissance.

Veuillez agréer, etc.

Dr A. Pasquet,
Président du syndicat.

NOUVELLES

Le choléra. — On peut évaluer à 2.500 le nombre des victimes du choléra en Egypte et à 9.000 environ, le nombre des cas de choléra. Pour la seule ville du Caire, le nombre total des morts enregistrées, a été de 5.630. Actuellement l'épidémie peut être considérée comme terminée.

Statistique des sources minérales. — Le ministère des travaux publics vient de faire adresser la liste des sources minérales exploitées actuellement en France.

Cette statistique nous apprend qu'il y a en France 1,027 sources exploitées, dont 318 sulfureuses, 357 alcalines, 136 ferrugineuses et 215 salines.

Les départements qui renferment le plus grand nombre de sources exploitées sont les suivants :

(1) Ce tarif sera publié dans le prochain Bulletin mensuel des Syndicats.

Puy-de-Dôme, 94; Ardèche, 77; Vosges, 76; Ariège et Pyrénées-Orientales, 69; Hautes-Pyrénées, 64.

Ce sont les Hautes-Pyrénées qui ont attiré l'année dernière le plus grand nombre de malades. Ce département, à lui seul, a reçu 44,476 malades. Viennent ensuite : le Puy-de-Dôme. 18,619 ; l'Allier, 16,439; la Haute-Garonne, 14,230; les Landes, 12,954. Le débit de toutes les sources de France est de 46,412 litres par minute.

L'Algérie possède aussi un grand nombre des sources minérales exploitées : il y en a 21 dans le département d'Alger, 14 dans celui de Constantine et 12 dans celui d'Oran. Ces 47 sources ont été visitées l'année dernière par 5,640 malades.

BIBLIOGRAPHIE

Librairie O. Doin, place de l'Odéon.

Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux, étudiée au point de vue du diagnostic de la pierre et du résultat ultérieur des opérations par le Dr Jules Brongniart, médecin consultant à Contrexéville, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Des arthrophytes et de leur traitement par l'arthrotomie antiseptique par Edouard Fribich. — Cette intéressante thèse renferme un exposé complet de l'histoire des corps étrangers organiques des articulations ; l'auteur se propose d'y démontrer que la méthode de Goyrand (d'Aix), usitée le plus souvent jusqu'ici, est insuffisante et dangereuse, tandis que l'extraction à ciel ouvert, faite avec les précautions de la méthode antiseptique, est le procédé le meilleur et le plus sûr.

Contribution à l'étude de la sclérose par J.-B. Duplaix, interne-lauréat des hôpitaux. — Etude consciencieuse, résumant la marche et les conséquences du processus scléreux dans les principaux appareils, ce point important et si actuel de pathologie générale.

Etude physiologique et thérapeutique de la caféine par le Dr E. Leblond, ancien interne des hôpitaux de Besançon.— Ce travail est divisé en trois parties : la première comprend l'étude clinique et l'historique physiologique; la deuxième, l'étude expérimentale faite sur les animaux et l'auteur lui-même, le résumé des effets du café et de la caféine sur la nutrition; le troisième renterme les explications thérapeutiques, les indications des accidents toxiques qui peuvent résulter des doses élevées, le mode d'administration.

Des formes diverses d'épidémies puerpérales (Thèse d'agrégation) par le Dr Charles Maygrier, accoucheur des hôpitaux. — Depuis que la doctrine de la septicémie a permis d'expliquer la variété et la diffusion des accidents puerpéraux, l'intérêt qui s'attache à l'histoire des épidémies de cette affection est extrême. L'auteur étudie ensuite les formes diverses qu'elle a successivement revêtues, suivant qu'elle se manifestait par des lésions de tel ou tel appareil ou organe. La lecture de ce travail clair, et plein d'érudition, nous met au courant d'une question réputée toujours si obscure.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

15 Septembre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No

SOMMAIRE

BULLETIN

Après une communication intéressante, dans laquelle M. *Giraud-Teulon* fait une étude rétrospective des progrès réalisés *dans l'histoire des mécanismes de la locomotion chez l'homme*, par la méthode des inscriptions graphiques de M. le professeur Marey, M. *A. Bouchardat* lit un important travail sur *la genèse du parasite de la tuberculose*.

Dans notre dernier rapport à l'Assemblée générale des membres du *Concours*, nous constations que la découverte des bacilles de la tuberculose par Koch avait divisé le monde médical sur la question de la contagion de cette terrible affection, et nous rappelions que notre excellent collaborateur, M. Poulet, avait démontré que, dans sa pratique déjà longue, il n'avait jamais observé un fait réel et incontestable de contagion de la phthisie. Or, voici que le professeur Bouchardat vient apporter aux idées de M. Poulet l'appui de sa vieille expérience, et conclut presque dans les mêmes termes que lui : « L'observation médicale la plus attentive nous démontre que la phthisie est une maladie qui se propage très rarement par contagion. » Et en effet, les étudiants, les infirmiers, les sœurs, les surveillantes qui sont continuellement dansnos salles d'hôpitaux, où les phthisiques sont nombreux, et dans l'hôpital de Londres consacré à ces malades, ne sont pas plus atteints, et moins peut-être en moyenne, que les autres individus du même âge. Enfin, il est sans exemple qu'un sujet devenu tuberculeux à la ville, et s'en retournant mourir dans son village, y ait propagé cette maladie, soit par lui-même directement, soit par les personnes qui lui ont donné des soins assidus. C'est donc que le parasite ne vient pas du dehors : et ici reparait, plus vivante que jamais, la question de la spontanéité morbide. Pour que le parasite naisse et se développe, il faut, comme condition première absolue, que l'économie soit dans un état persistant de *misère physiologique.*

En effet, le caractère constant de la misère physiologique, c'est la continuité dans l'insuffisance de la production de chaleur, ou de l'exhalation de l'acide carbonique, eu égard aux besoins de l'organisation.

Cette diminution se lie fatalement à l'insuffisance de la respiration. La respiration des phthisiques au début, ou des glycosuriques qui deviennent phthisiques, est moins active, surtout au sommet des poumons : le murmure respiratoire est notablement affaibli. La circulation a, par ce fait, progressivement diminué d'intensité, surtout dans les capillaires de la région sous-claviculaire des poumons.

« Sous l'influence de l'amoindrissement de la circulation, les cellules lymphatiques, ou d'*autres organites* du sang ou de la lymphe, adhérant aux parois des capillaires, déterminent leur élargissement. La cellule lymphatique, étant plus que toute autre apte à émettre des prolongements, c'est elle qui doit être surtout mise en cause.

« La circulation s'arrête dans les capillaires, le sang se coagule, les globules rouges se dissolvent, leur hémoglobine colore plus ou moins le coagulum dans lequel la fibrine passe à l'état granuleux.

« On comprend, sans peine, que la production tuberculeuse s'étend de proche en proche, enveloppant les éléments voisins. Les bacilles se répandent au dehors; d'abord à l'extérieur des capillaires où ils se sont développés; ils se propagent ensuite et contribuent à former les granulations grises de Laënnec, puis par un envahissement progressif du tissu du poumon, les alvéoles et leurs parois y sont incorporées pour constituer d'énormes masses tuberculeuses. »

Si le parasite ne vient pas du dehors, il en résulte nécessairement, en effet, qu'il se produit dans les organes du malade, et M. Bouchardat nous parle d'*organites normaux* comme causes de la tuberculose : il nous semble que cette explication se rapproche sensiblement de celle que M. Béchamp a proposé pour les maladies *dites* parasitaires, dans sa théorie sur les microzymas qui seraient, eux aussi, des organites normaux.

La conclusion pratique de cette étude c'est qu'il faut, chez les phthisiques, ou chez ceux qui sont menacés de le devenir, diriger tous ses efforts contre la misère physiologique, cette imminence morbide si commune et si redoutable. La gymnastique, l'hydrothérapie, en rendant la respiration plus complète, la circulation plus active augmenteront la dépense, tout en amenant une réparation suffisante et bien réglée. Les *organites normaux* ne s'arrêteront plus dans les capillaires pour y proliférer et s'y transformer.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du coup de fouet ou diastasis musculaire et de sa guérison immédiate par la faradisation,

par le Dr LARDIER.
Chirurgien de l'hôpital de Rambervillers (Vosges).

(*Suite et fin*).

MODE DE PRODUCTION DU DIASTASIS MUSCULAIRE

On admet généralement que cette affection est le produit d'un mouvement mal combiné.

Je veux montrer, au moyen des explications dans lesquelles je suis entré précédemment, que la distension exagérée de la fibre n'est pas produite par une mauvaise combinaison, mais est le résultat, ou d'une erreur, d'une illusion du sens musculaire, ou d'autres causes sur lesquelles je vais insister.

Les sens de la vue, de l'ouïe, du toucher, ont leurs illusions; le sens musculaire, étant admis en principe, ce dernier peut être illusionné comme les autres. Aussi dirai-je que le diastasis musculaire se produit lorsque, par suite d'une erreur du sens qui préside à la contraction musculaire, la contraction volontaire du muscle n'est pas proportionnelle à l'effort à fournir.

Je m'explique par un exemple. Un homme de peine se prépare à lever une planche qui gît à terre. Il estime cette planche d'un certain poids, et mesure l'effort musculaire à fournir pour la soulever. Le sens musculaire éveillé, mis en jeu, se dispose à produire une contraction musculaire proportionnelle au poids, approximativement évalué. L'homme se baisse, les muscles droits de l'abdomen se contractent, pendant que ceux de la masse lombaire se relâchent. Mais l'évaluation du poids étant fausse, et la correction n'ayant pu se faire antérieurement au mouvement, les muscles abdominaux dépassent la contraction nécessaire; les muscles lombaires se relâchent, et ce relâchement à son tour est excessif et proportionnel à la contraction des muscles abdominaux. Quelques fibres de ces muscles dépassent, par leur relâchement excessif, la limite de la tonicité musculaire. Ces fibres sont atteintes de diastasis, elles ont perdu leur pouvoir contractile, et lorsque la masse musculaire revient, après ce relâchement exagéré, à la période de contraction, les fibres atteintes de diastosis ne se contractent plus comme leurs voisines. C'est ce qui explique la douleur subite, aiguë, intermittente, persistante et tenace, que l'on observe dans la cinésialgie. La fibre musculaire atteinte de diastasis, quand le muscle est à l'état de relâchement, n'est pas douloureuse par elle-même. C'est ainsi que s'explique la cessation momentanée de la douleur; mais aussitôt que le groupe musculaire entre en contraction, cette fibre qui ne suit pas le mouvement général, est étranglée entre ses voisines, et la compression de la radicelle nerveuse qui l'anime, amène tout aussitôt une réaction douloureuse. Il est à remarquer en effet que, dans le tour de reins, certains mouvements ne sont pas douloureux, tandis que d'autres provoquent une douleur impossible à prévoir, et qu'il est impossible de prévenir. C'est ainsi que l'action de tousser, d'éternuer, de se moucher, en amenant une contraction passagère du muscle, dans lequel se trouve la fibre atteinte de diastasis, contraction que nous ne sommes pas maîtres de prévenir, provoque des douleurs passagères, proportionnelles à l'état de contraction du muscle.

Aussi dirai-je que la fibre atteinte de diastasis n'est douloureuse qu'autant que le muscle dont elle fait partie est contracté.

C'est cette lésion anatomique, sur laquelle je viens d'insister, qui nous met à même de comprendre pourquoi une affection, qui semble aussi simple, qui souvent est le résultat d'une cause très légère, a cependant une durée contre laquelle viennent échouer la plupart des méthodes thérapeutiques. Celle qui, jusqu'à ce jour, semblait donner les meilleurs résultats, était une méthode absolument palliative, l'injection de morphine, qui, en insensibilisant la radicelle nerveuse, per-

mettait au muscle de se contracter sans douleur. En effet, la fibre, après avoir dépassé, comme relâchement, la limite de la tonicité musculaire, ne retrouve plus, je l'ai dit, sa faculté contractile. Elle reste douloureuse, tant que son nerf reste sensible et l'affection ne se guérit et ne peut être considérée comme telle, que lorsque la fibre étranglée a perdu toute vitalité. Mais si, artificiellement, nous contractons la fibre atteinte de diastasis, il est aisé de comprendre que, rentrée dans le faisceau musculaire et ayant repris ses propriétés contractiles, l'affection devra tout aussitôt céder et la douleur disparaître. C'est ce qui arrive en effet, et c'est ce qui explique, ainsi que je l'ai dit précédemment, comment dans la cinésialgie il n'y a pas rupture musculaire, mais seulement distension exagérée. C'est ce qui explique aussi pourquoi le procédé thérapeutique, préconisé par Gubler, réussit tant que la fibre est vivante, qu'elle est encore passible de contraction, car, suivant les affirmations du savant professeur, ce procédé est applicable et réussit à toutes les périodes et quelle que soit l'ancienneté de la maladie.

CONDITIONS FAVORABLES OU NÉCESSAIRES A LA PRODUCTION DE LA CINÉSIALGIE.

Dans l'exemple que j'ai cité dans les lignes qui précèdent, j'ai dit que la cinésialgie avait été le résultat d'une illusion du sens musculaire, comparable aux illusions des autres sens. Tel objet peut paraître sphérique et être, en réalité, d'une forme plane. Le sens de la vue est illusionné; mais le toucher peut corriger l'erreur première. Le sens musculaire, trompé, par exemple, par le sens de la vue, peut, à son tour, être redressé par le toucher; mais dans la production du diastasis, l'effet est instantané et l'erreur première, cause de la lésion, ne peut être corrigée assez à temps. Car si la contraction musculaire était proportionnelle à l'effort à fournir, les groupes musculaires antagonistes étant équilibrés, (c'est-à-dire qu'à la contraction de tel groupe corresponde une distension proportionnelle du groupe antagoniste), le diastasis ne pourrait se produire. Mais l'effort se produit, la contraction d'un côté est exagérée, la décharge étant faite et n'étant plus réglée par le sens musculaire, la distension antagoniste échappe à son tour à la surveillance du sens illusionné, les limites du tonus sont dépassées et le diastasis constitué. Il semble que tout mouvement volontaire ne doive se faire, dans notre organisme, que sous le contrôle du sens qui préside à ces mouvements et qui règle les contractions ou les distensions des groupes musculaires antagonistes. Ce sens étant illusionné, comme dans le cas que j'ai cité, à une contraction exagérée doit correspondre une distension exagérée, le mouvement effectué l'étant et *à faux*, avant que l'illusion du sens musculaire ait été redressée. C'est l'absence d'un contrôle rigoureux et exact des mouvements musculaires qui, dans ces cas, est la cause du diastasis. Ce qui le prouve, c'est que, quand ces mouvements échappent, par leur soudaineté, au contrôle du sens musculaire, n'ayant pas eu le temps d'être mis en éveil et de régler l'effort, le diastasis se produit avec la plus grande facilité. Une dame, en se retournant, voit subitement un chien prêt à la mordre. Elle retire aussitôt et violemment sa jambe, qui aussitôt est atteinte de coup de fouet.

Analysons la production du phénomène. La peur, l'instinct de la conservation dominent la scène. Le premier sentiment auquel obéit le sujet est de soustraire le membre à la morsure du chien. Instantanément le mouvement est produit, provoqué par une influence qui prime les autres, l'instinct de la conservation. Mais l'instantanéité même du mouvement a empêché le sens musculaire non éveillé, de régler les différentes phases de ce mouvement. A une contraction instinctive exagérée, échappant à toute mesure et à tout contrôle, correspond une distension dépassant les limites du tonus et le diastasis est produit.

Je cite un autre exemple confirmant les assertions que j'ai développées précédemment. Un homme de peine, ayant enfoncé sa hache dans un bloc de bois, soulève ce bloc au-dessus de sa tête, s'apprêtant à le fendre, en le projetant violemment sur un corps résistant. Mais, en portant ce bloc au-dessus de lui, la masse dépassant la verticale et, cédant à la force de la pesanteur, est sur le point d'entraîner l'homme en arrière. L'instinct de la conservation est subitement éveillé. Une contraction musculaire violente, principalement des muscles abdominaux, en ramenant le bloc à la partie antérieure du corps, arrive à conjurer le danger, mais ce mouvement supplémentaire instantané a échappé au contrôle du sens musculaire. Le diastasis s'est produit.

Une dernière observation pour finir.

Un négociant de Rambervillers, tournant les yeux, voit une pile de toile tomber au dessus de lui. Il fait un mouvement subit, *irréfléchi*, pour arrêter la toile dans sa chûte. Aucune pièce ne le touche, mais, instantanément, une partie des fibres du grand dorsal est atteinte de diastasis. L'instantanéité du mouvement a été telle, que le contrôle du sens musculaire n'a pu se produire.

Nous venons de voir que si, d'un côté, un mouvement volontaire, échappant au contrôle du sens musculaire, peut amener la production de la cinésialgie, de l'autre, l'illusion de ce sens, en provoquant et en réglant un mouvement, résultat d'une erreur, et, par le fait, mal combiné, peut être la cause de la même affection. Le coup de fouet peut avoir une troisième origine. Celle-ci ne doit pas être cherchée dans l'absence de contrôle ou dans l'illusion du sens musculaire. Nous la trouvons dans la fibre musculaire elle-même.

J'ai dit plus haut ce que j'entendais par capacité musculaire individuelle, dont les limites sont fixées par le minimum de contraction, correspondant au tonus, et le maximum de contraction correspondant au summum de l'effort.

Mais ces limites, tout en étant précises, ne sont pas, même pour chaque individu, invariables, fixes. On sait combien le muscle et la force mus-

culaire se développent par l'exercice, l'entraînement, combien les forces musculaires se perdent, s'anéantissent par l'immobilité, la maladie. Tel groupe musculaire capable de produire tel effort, à un moment donné, ne l'est plus, souvent peu de temps après. Il est certain, d'autre part, que plus la fibre musculaire est puissante, plus son tonus est élevé; car le relâchement de la fibre, à l'état de tonus, est d'autant moindre que la puissance musculaire est plus grande. Or, après une grave maladie, où la fibre aura perdu sa puissance première, il est aisé de comprendre que sa faculté contractile aura aussi puissamment diminué. Dans ces conditions, un effort se produisant, tel groupe musculaire se contracte, et à cette contraction correspond un relâchement du groupe antagoniste. La constitution intime de la fibre, qui, après une maladie, se régénère, peut être telle qu'elle ne retrouve plus, après une certaine limite, alors que ses voisines la possèdent encore ou l'ont récupérée, sa faculté contractile. Un effort non habituel peut être la source d'une distension exagérée, en ce sens que la fibre, modifiée par l'état morbide, après une certaine distension, n'est plus susceptible de reprendre son état de contraction.

DE LA FARADISATION DANS LE DIASTASIS MUSCULAIRE.

Je n'ai qu'un mot à dire du mode d'action du courant faradique sur la fibre atteinte de diastasis. Il faut que ce courant soit assez intense pour obtenir la contraction du muscle. La pile médicale ordinaire suffit et largement a fournir cette intensité. Lorsque le diagnostic du muscle atteint de diastasis a pu être fait, et la chose, par la localisation même du point douloureux, ne présente pas beaucoup de difficultés, les pôles placés approximativement aux deux extrémités du muscle douloureux amènent une contraction énergique et totale de ce muscle. Sous l'influence de cette contraction, la fibre atteinte de diastasis a déjà repris sa place, dans le faisceau musculaire et, dès ce moment l'affection peut être considérée comme guérie; mais si l'on veut obtenir une guérison absolue, durable, il est nécessaire de faire traverser le muscle pendant quelques minutes par le courant faradique. Si cette précaution n'est pas prise, on s'expose à des récidives, et il m'est arrivé, pour l'avoir négligé, de voir des malades revenir le lendemain du jour où ils avaient été électrisés, aussi souffrants que la veille, me demander une nouvelle application, qui mieux soutenue et plus continue, faisait disparaître la douleur d'une manière moins fugace.

Il est curieux de voir ces malades, couchés, marchant avec des poses aussi variées que peu gracieuses, ménageant leurs pas et leurs gestes, montrant par secousses un visage exprimant une vive douleur, quelques minutes après, lorsque le courant faradique a produit l'effet désiré, se lèvent, émerveillés de se voir guéris, fixent l'opérateur pour s'assurer que la chose est réelle, marcher, tousser, exécuter tous les mouvements qui primitivement étaient les plus douloureux, exagérer même ces mouvements en se livrant à une véritable gymnastique musculaire et finalement, obligés de se rendre à l'évidence, vous quitter heureux, guéris, ce qui doit suffire. — N'allons pas au delà.

CONCLUSION.

Nous pourrons donc dire, en résumé, et comme conclusion que, dans les formes ordinaires du coup de fouet, et en dehors des cas graves sur lesquels le Professeur Verneuil a surtout attiré l'attention, le diastasis musculaire se trouve constitué par une distension exagérée de la fibre musculaire qui, sans être rompue, a perdu sa faculté contractile.

La production du diastasis se trouve liée à trois conditions principales :

1° Par suite d'une *illusion du sens musculaire*, les mouvements provoqués et voulus ne sont pas proportionnels à l'effort à fournir. Ce sont des *mouvements qui portent à faux.*

2° Par leur soudaineté, leur instantanéité, les mouvements exécutés échappent à la surveillance et au contrôle du sens musculaire. Ce sont, dans le sens propre du mot, des *mouvements irréfléchis.*

3° *La fibre* musculaire, par suite de modifications survenues dans sa texture et sa constitution moléculaire, *ne retrouve plus* en elle-même, quoique modérément distendue, *sa faculté contractile.*

La cinésialgie, ou douleur résultant du diastasis musculaire, est d'autant plus intense que le muscle, atteint, dans l'une de ses parties, de diastasis, passe plus subitement de l'état de relâchement à celui de contraction.

La *faradisation*, en faisant rentrer artificiellement, dans le faisceau musculaire, la fibre atteinte de diastasis, et en lui rendant sa propriété contractile, fait disparaître aussitôt la douleur résultant de la lésion et est, par conséquent, directement curative, supérieure à tous les traitements palliatifs, à toutes les applications narcotiques.

La faradisation est applicable et réussit à toutes les périodes du diastasis, à la condition que la fibre musculaire n'ait pas perdu toute contractilité.

CHIRURGIE PRATIQUE

DES APPAREILS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES.

(*Suite*)

De l'application des appareils plâtrés en particulier.

Nous allons, dans cette seconde partie, passer en revue les diverses fractures des membres qui

sont justiciables de l'appareil plâtré, et indiquer, à propos de chacune d'elles, les particularités nécessaires pour obtenir une bonne guérison.

A. — Fractures du membre supérieur.

On peut, dans les cas de fracture d'un ou plusieurs doigts, tailler une sorte de palette de tarlatane répondant à la paume de la main et embrassant le poignet à sa partie supérieure, tandis que, de son bord inférieur, partent des prolongements plus ou moins nombreux, suivant le nombre de doigts malades. Ces languettes, plus larges que la face palmaire des doigts, pourront se recourber sur ses faces latérales, de façon à former autant de petites gouttières qui les immobiliseront parfaitement. Les doigts sains pourront être laissés libres et on aura ainsi un appareil très-léger et aussi très solide.

L'appareil le plus simple pour la fracture de *l'extrémité inférieure du radius* est encore l'appareil plâtré. On sait que, dans ces fractures, on a à lutter contre deux choses très difficiles à combattre; le transport de la main vers le bord radical de l'avant-bras et la roideur consécutive, qui est, comme on le sait, d'autant plus fréquente que les sujets sont plus âgés. Pour obvier à ces inconvénients, on doit prendre les précautions suivantes. L'avant-bras, placé dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination, sera reçu dans une petite gouttière plâtrée placée à sa face antérieure, remontant jusqu'au dessous du pli du coude, qui devra rester libre; elle se terminera, du côté de la main, par une palette de la largeur de la paume, pouvant embrasser le bord cubital de le main, et, par son autre bord, pénétrer entre le pouce et l'index pour bien immobiliser la région du second métacarpien. A l'aide de cette gouttière, on attirera. après la réduction de la fracture, la main vers le *bord cubital* de l'avant bras et on aura ainsi corrigé le déplacement que nous avons indiqué.

La roideur du poignet, sur laquel Hervez de Chégoin publia, en 1845, un si remarquable mémoire, est due à plusieurs éléments. Toujours plus fréquents chez les sujets arthritiques, elle causée est par une *arthrite subaiguë* du poignet, comme on en observe d'ailleurs dans toutes les fractures articulaires ou simplement juxtarticulaires; mais la *synovite des gaînes* des tendons extenseurs joue aussi un rôle important. Pour prévenir les conséquences de l'arthrite, il sera utile de placer les parties de façon que les surfaces articulaires se répandent dans la plus grande étendue possible : il faut donc que l'appareil maintienne le métacarpe un peu relevé sur le carpe; on obtient cette position, en plaçant, dans la paume relevée une bande roulée de moyen volume maintenue par une attelle qui soutiendra l'appareil pendant le premier jour, jusqu'à ce qu'il soit sec. La gouttière platrée ne doit pas être laissée en place plus de 18 à 20 jours : on pourra à ce moment, la lever tous les jours, de façon à donner à la jointure quelques mouvements, puis on la replacera, en la maintenant simplement avec quelques tours de bande.

Fractures du coude ou blessures graves de cette région. — On peut, dans ces cas, maintenir le coude fléchi à angle droit, ou plus ou moins étendu; mais toujours on aura avantage à laisser la plus grande partie de l'articulation à découvert, tout en la maintenant immobile. On peut arriver à ce résultat soit en plaçant, sur les côtés externe et interne du bras et de l'avant-bras, deux *attelles plâtrées* que l'on maintiendra fixées, après dessication, au moyen de bandes de diachylum. On pourra encore obtenir le même résultat au moyen d'une *gouttière coudée* de tarlatane plâtrée, embrassant les trois quarts de la circonférence du bras et de l'avant-bras, et fortement échancrée au coude, du côté que l'on voudra laisser accessible. On pourra même renforcer le point opposé avec quelques feuilles d'étoffe.

Fracture du bras. — Les fractures de l'humérus sont très fréquentes, comme on le sait, et il est très difficile de bien immobiliser les fragments, à cause du peu de prise que l'on a sur l'articulation de l'épaule; aussi toutes les attelles ou gouttières remontant seulement jusqu'à l'aisselle sont-elles presque toujours insuffisantes. Frappé de ces résultats défectueux, nous avons longtemps réfléchi à la construction d'un appareil efficace, et nous allons donner la description de celui auquel nous nous sommes arrêté et qui nous donne de très bons résultats. Cet appareil, destiné à immobiliser à la fois le moignon de l'épaule et le coude, se compose de deux pièces réunies l'une à l'autre à angle droit et ayant ainsi la forme d'un T. Le point de réunion des deux pièces répondra à la partie culminante du moignon de l'épaule qu'il sera destiné à fixer. De là, la branche tranversale du T, la plus longue, descendra en avant et en arrière du tronc en écharpe pour aller croiser ses deux extrémités sous l'aisselle du côté sain.

La branche verticale au contraire formera une gouttière recouvrant la face externe du bras, la face postérieure du coude, et de l'avant-bras, jusqu'au poignet. On aura soin, avant de placer l'appareil, de glisser un assez fort tampon d'ouate saupoudré de poudre d'amidon dans l'aisselle, et de recouvrir le tronc et le membre blessé d'une très mince couche de la même substance. L'aisselle du côté sain sera protégée par un bourrelet plus épais. Si la réduction est difficile à maintenir, on pourra, pendant le temps nécessaire à la solidification de l'appareil, appliquer des lacs extenseurs et contre-extenseurs, que l'on fixera aux barreaux de la tête et des pieds du lit où est couché le malade. Celui-ci étant placé dans une position bien horizontale, un lac sera passé sous l'aisselle du côté malade, et fixé du côté de la tête du lit; un autre sera placé sur la partie supérieure de l'avant-bras, maintenu fléchi à angle droit par les mains d'un aide : ce sera le lac extenseur. La réduction sera maintenue par ces moyens jusqu'à ce que l'appareil soit bien solide, ce qui n'excédera pas quatre ou cinq heures. On fixera alors la gouttière au bras ou à l'avant-bras, au moyen de bandes de diachylum, puis on taillera une écharpe de la même substance, ou simplement de

toile, et l'avant-bras sera placé, en sautoir, à la partie antérieure de l'écharpe entourant le thorax. Cet appareil bien fait, soigneusement garni d'ouate sur tous ses bords, est facilement supporté par le malade, et donne, comme nous l'avons dit plus haut, de bons résultats.

Fractures de la clavicule. — Chacun connaît le grand nombre de bandages qui ont été successivement adoptés, puis abandonnés dans ce cas. C'est assez dire combien il est difficile de conduire à bien la guérison de ces fractures, dont le cal, souvent difforme, cause tant de crainte aux jeunes femmes. Les appareils plâtrés sont d'une application difficile à cette région, attendu qu'il est très difficile d'immobiliser l'articulation sterno-claviculaire. On a conseillé une *bande plâtrée* formant le huit de chiffre. Le milieu de la bande est appliqué sur l'épaule et la clavicule brisée, de sorte que l'anneau supérieur du huit embrasse le moignon de l'épaule, la boucle se croise sur le bras et le second anneau embrasse le coude fléchi à angle droit; on obtient ainsi un appareil qui fixe le bras contre le tronc et qui soulève assez fortement le coude. Nous n'avons jamais appliqué cet appareil qui a été recommandé par M. le Dr Le Dentu, mais qui est d'une construction très simple et dont l'effet doit, logiquement, être bon.

Récemment le Docteur Chauvel, membre de la Société de Chirurgie, a fait un rapport favorable sur un nouvel appareil plâtré permettant d'éviter la consolidation vicieuse des fractures de la clavicule (1). Cet appareil se compose de trois pièces séparées. L'aisselle est au préalable garnie de coton. La première pièce est triangulaire; son bord inférieur, le plus long, passe au niveau du mamelon ; le bord postérieur remonte en-arrière, au-dessus du moignon de l'épaule, tandis que le bord antérieur va obliquement de l'aisselle du côté sain à la clavicule malade. La seconde pièce est une gouttière qui enveloppe tout le moignon de l'épaule et le bord du trapèze ; elle descend en arrière, jusqu'à l'épine de l'omoplate et, en avant, jusqu'à la clavicule. La troisième pièce est une bande étroite qui, par de longs circulaires obliques réunit les deux autres et forme, le long du cou, un demi-col droit, qui s'échancre, en avant, au niveau du creux sus-sternal. Cette disposition fixe solidement l'articulation sterno-claviculaire. Si la réduction des fragments est difficile à maintenir, le Dr Richon conseille de ménager dans les pièces de l'appareil une fenêtre au niveau du point fracturé; les doigts peuvent, à travers cette ouverture, appuyer sur le fragment mobile et maintenir la réduction pendant que l'appareil séchera. La brèche sera ensuite comblée au moyen d'un peu d'étoffe imbibée de plâtre liquide. L'appareil, une fois solide, est maintenu par une série de bandes de diachylum, l'avant bras est placé en demi-flexion et maintenu ainsi par une écharpe de toile. M. Richon conseille de laisser l'appareil appliqué une dizaine de jours, puis de le renouveler, afin de vérifier la réduction. Cet appareil nouveau peut être très bon, mais sa construction nous paraît un peu compliquée, et nous lui ferions *a priori* le reproche de ne pas agir suffisamment sur le coude, pour reporter en-haut et en-arrière le moignon de l'épaule, comme on cherche toujours à le faire.

(1) Bull. soc. Chirurgie 1883, p. 375.

B. — Fractures du membre inférieur.

Fractures des malléoles. — Quand les pointes seules des malléoles sont brisées, il suffira d'une gouttière très simple, remontant jusqu'au-dessous du genou et maintenant le pied à angle droit sur la jambe. Nous allons indiquer, à propos des fractures du péroné, quelques précautions qui sont de la plus haute importance et qui s'appliquent également aux fractures des malléoles dont nous n'avons parlé que très brièvement.

Fractures du péroné. — Ces fractures sont de variétés très différentes et il est très important de les maintenir bien réduites, si l'on veut éviter une fâcheuse infirmité à la suite. Les fractures du péroné, au-dessous de la malléole, s'accompagnent, à un degré plus ou moins marqué, du déplacement de pied en dehors, consécutivement à l'écart qui se produit entre les deux malléoles. Si l'on ne remédie pas à cette déviation, le blessé conservera, après la guérison de la fracture, une déviation du pied en dehors, en même temps que l'axe de la jambe, tombant vers le bord interne du pied, déterminera une forte saillie de ce bord : la marche sera devenue difficile; en un mot, il restera un valgus pied-plat consécutif. Le meilleur et le plus simple appareil, pour les fractures du péroné, sera une gouttière embrassant les deux tiers de la jambe, la plante du pied, et remontant un peu au-dessus du genou. Cette gouttière se composera de deux parties : une bande postérieure, ayant la largeur de la plante du pied, partant du pli digito-plantaire, ou de l'extrémité des orteils, descendant pour former semelle sous la plante du pied, placé exactement à angle droit avec la jambe, et couvrant ensuite la face postérieure du mollet et du jarret. La seconde pièce, d'une longueur double, formera l'étrier sous la plante du pied, rejoindra, en les dépassant un peu, par ses bords postérieurs, les deux bords de la première pièce, et recouvrira les malléoles et les deux côtés de la jambe et du genou. Au moment où l'on appliquera les bandes de toile, pour fixer l'appareil plâtré et aider sa dessication, l'opérateur aura soin de *vérifier si l'axe de la jambe*, c'est-à-dire la ligne qui prolonge le bord antérieur du tibia, *passe bien par le deuxième orteil* : il ne faut pas craindre même de placer le pied dans une légère adduction, pour assurer ce résultat. C'est grâce à cette précaution qu'on évitera le valgus consécutif, dont nous avons parlé, et que nous avons souvent observé à la suite des fractures qui nous occupent en ce moment. Il sera bon, afin d'assurer la consolidation de l'appareil en bonne forme, ou bien de maintenir le pied avec la main, ou bien de placer le membre dans une gouttière de fil de fer jusqu'au

lendemain. Après ce temps, on enlève les bandes et on fixe la gouttière à la jambe ou moyen de trois ou quatre bandes circulaires de diachylum.

Fractures de jambe. — Quand elles sont faciles à réduire et à maintenir réduites, on peut leur appliquer un appareil en tout semblable à celui que nous venons de décrire pour les fractures du péroné ; mais, pour immobiliser la jambe, il faudra que la gouttière remonte jusqu'au milieu de la longueur de la cuisse. On devra encore vérifier, au moment de l'application, la direction de l'axe de la jambe.

On a souvent affaire à des fractures de jambe très obliques et qui, à cause de cette obliquité même, sont difficiles à contenir ; elles ont une tendance marquée au raccourcissement, à cause du chevauchement des fragments ; le pied se renverse en-dehors et le fragment supérieur, souvent très aigu et taillé aux dépens de la crète du tibia, tend à perforer la peau.

Toutes ces conditions rendent délicate l'application de l'appareil plâtré : souvent, à cause de la rétraction musculaire du triceps sural, on aura un obstacle difficile à surmonter. Aussi faudra-t-il employer des aides vigoureux, capables d'exercer une extension longtemps soutenue, on sera même parfois obligé d'employer le chloroforme. La jambe, emprisonnée dans son appareil, sera fixée dans une gouttière de fil de fer pendant vingt quatre heures. Quelquefois, malgré toutes ces précautions, on aura, sous la peau, la fâcheuse saillie du fragment supérieur : nous avons souvent employé, dans ce cas, un coussin mou et allongé que nous appliquions sur la face interne du tibia, au-dessus de la pointe du fragment : sur ce coussin, nous placions une petite atelle de bois et, au moyen de deux lacs bouclés, nous exercions une pression modérée, que nous augmentions chaque jour, sur le fragment supérieur qui se trouvait ainsi peu à peu réduit.

Dans les fractures de jambe compliquées de plaie, on peut encore, avec avantage, employer la gouttière plâtrée. Dans ces cas, il sera plus commode d'appliquer une gouttière taillée à l'avance, de dimensions déterminées et formée d'une seule pièce. Nous allons, dans ce but, indiquer le mode de construction de ces gouttières.

On commence par mesurer la longueur totale sur le côté sain, à partir de la pointe du pied jusqu'au milieu de la cuisse, et on prend trois à quatre centimètres en plus pour la rétraction : On plie alors des feuilles de tarlatane, de façon à en avoir seize superposées. Une ligne est tracée à la craie de couleur, au milieu, dans toute la longueur et, sur cette ligne, on marque la place des articulations du pied et du genou ; puis on mesure les trois quarts de la circonférence du membre dans les points suivants : milieu de la cuisse ; genou ; milieu du mollet ; cou-de-pied, pied au niveau du bourrelet digito-plantaire ; ces largeurs sont reportées aux points correspondants de la ligne médiane de l'appareil qui les divise en deux, tandis qu'on marque leurs extrémités de chaque côté, pour obtenir deux tracés non rectilignes qui indiqueront les bords de la gouttière que l'on pourra alors tailler, puis fixer par quelques points de couture. Les plaies, dans les fractures compliquées de jambe, se trouvent, la plupart du temps, à la face interne du membre : on déterminera leur place et leur étendue sur l'appareil qui sera, dans ce but, suffisamment échancré. Dans ces cas, nous conseillons de ménager au milieu de la gouttière une ouverture oblongue qui répondra à la partie déclive, ouverture dont les bords seront défendus par le taffetas gommé qui tapissera la gouttière et qui, lui, aura une ouverture moins grande. Cette baie sera garnie de coton hydrophile, pour absorber les liquides qui pourraient s'écouler.

Au moment où l'on appliquera la gouttière, après avoir rectifié sa coupe sur le membre sain, on pratiquera, avec les ciseaux, deux incisions obliques allant en-dedans, de haut en bas vers le talon ; elles permetteront de former le pli du talon, et constitueront des oreilles qui se rejoindront avec les côtés de la gouttière à la jambe.

Fractures de la rotule. — Une longue gouttière, remontant jusqu'aux deux tiers supérieurs de la cuisse, immobilisera complètement la jambe et favorisera le rapprochement des fragments transversalement séparés. On peut, dans une longueur de quinze à vingt centimètres, au niveau du genou, faire à cette gouttière des bords assez relevés, pour qu'après la dessication, on puisse les percer de trous qui serviront à passer des lacs, au moyen desquels on fixera des pièces destinées à agir sur les fragments de la rotule. Ces pièces sont faites en plâtre moulé, pendant que l'on maintient les fragments le plus rapprochés possible ; on prend, dans le plâtre, des lacs de fil qui seront passés dans les trous ménagés aux fonds de la gouttière.

Une gouttière de la même longueur pourra encore être utilement appliquée aux blessures du genou, aux fractures transversales du fémur, au-dessus des condyles, quand le déplacement est facile à maintenir réduit.

Quant aux autres *fractures de cuisse*, qui siègent au milieu de la longueur du fémur, et surtout au-dessus, jamais on ne pourra espérer les guérir avec l'appareil plâtré ordinaire. On ne peut, en effet, si ce n'est avec un appareil énorme et fort gênant, immobiliser, en même temps, l'articulation de la hanche et tout le membre inférieur ; de plus, la puissance des muscles de la cuisse contribue toujours à favoriser le déplacement, et à faire chevaucher les fragments : ces raisons multiples nous ont fait renoncer à l'appareil plâtré, dans le traitement des fractures de cuisse, pour lesquelles les procédés d'extension constituent, pensons-nous, la méthode d'élection.

Nos lecteurs nous pardonneront la longueur des détails que nous avons donnés ; nous l'avons fait dans l'intention de vulgariser une méthode thérapeutique que nous croyons précieuse, et appelée à rendre de signalés services. BARETTE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

CAISSE DES PENSIONS DE DROIT

Monsieur et honoré confrère,

Je vous envoie l'adhésion ci-jointe d'un nouveau confrère. Il fait déjà partie de notre Syndicat et tente de constituer celui de la Dordogne. C'est une bonne recrue pour poursuivre la réalisation des excellentes idées qui vous animent et dont vous êtes l'infatigable propagateur.

La Caisse des pensions de droit est pour le corps médical une nécessité : si nous ne pouvons faire mieux que le corps médical belge, tâchons du moins de faire aussi bien. Quel médecin, moyennant une petite contribution annuelle ou mensuelle, refusera de s'associer à cette œuvre nouvelle qui le mettra tout au moins à l'abri du besoin, après une carrière hérissée parfois de bien douloureuses épreuves ?

La question pécuniaire est secondaire selon moi ; car, *étant données les recettes considerées comme perdues que le conseil du Syndicat nous fait récupérer en partie*, tout médecin peut assurer son droit à la pension, en aliénant une partie de la recette sur laquelle il ne comptait point.

La question doit entrer dans sa phase d'action ; après les paroles, les actes. C'est vous dire que vous pouvez compter sur moi.

Veuillez agréer, etc.

Dr Colombet.

De Miramont, Lot-et-Garonne.

II

SERVICE DES NOURRICES

Mon cher Directeur,

Plusieurs membres ont déjà proposé d'organiser un service de nourrices; je crois que cette innovation serait très utile. Voici comment je la comprendrais : On insérerait dans le journal, sous forme de tableau, les demandes et les propositions, comme on l'a proposé aussi pour les remplacements médicaux — autre excellente chose.

Je crois qu'il faudrait établir deux catégories, bonnes nourrices, très bonnes nourrices; les très bonnes nourrices devant être payées plus cher que les bonnes; et les bonnes suffisent cependant à élever des enfants, qui mourront probablement si on les élève au biberon. Le journal rendrait ainsi service non seulement aux médecins, mais à la société entière, à la patrie.

PROPOSITIONS DE NOURRICES

Le Dr X à X dép X a dans sa clientèle	une bonne nourrice	qui donnerait le sein chez elle		prix demandé 25 fr.
Le Dr Y etc.	une très-bonne nourrice.		qui désire se placer	60 fr.

DEMANDES DE NOURRICES

Le Dr X à X dépt. X	a besoin d'une bonne nourrice *immédiatement*		prix offert 50 fr.
Le Dr Y etc.		placerait un enfant chez une très bonne nourrice, vers la fin d'août ou le commencement de septembre.	30 fr.

Je ne puis moi-même aller faire cette proposition; je vous prierai, mon cher directeur, de bien vouloir la faire de ma part.

J'ai été heureux de voir, dans le dernier numéro du *Concours*, qu'on a pris les mesures nécessaires pour les recherches bibliographiques, etc.

Cela est d'une utilité incontestable pour tous les médecins de province qui n'ont pas une bibliothèque à leur disposition; les grands dictionnaires donnent bien un résumé d'une question quelconque jusqu'au jour de leur publication; mais souvent le point qui intéresse particulièrement est fort écourté, et puis la publication de quelques articles du dictionnaire remonte déjà à quelques années.

Dr Edmond Chaumier.

III

MÉDECINS ET COMPAGNIES D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS.

A

Monsieur et très honoré confrère,

Je lis toujours avec le plus grand intérêt notre

journal; dans presque tous les numéros, je rencontre quelque article dont je tire mon profit; vous êtes essentiellement pratique; c'est un côté que l'on ne rencontre dans aucun autre journal. Dans le dernier numéro (18 août) j'ai lu la communication faite par le Dr Bracon à la séance du 12 juin du Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle. Cette communication ne m'a point surpris car, le 16 mai de l'année courante, je recevais de la même compagnie, l'URBAINE, de la Seine, ma nomination de médecin de cette Compagnie, et l'on m'offrait, comme au Dr Bracon, par *sinistre, constaté, soigné* et *guéri*, 6 FRANCS ; or, dans l'espèce, la Compagnie n'intervenait que dans les accidents graves, puisque les accidents qui n'entraînent pas une incapacité de travail de 30 jours n'incombent pas à la charge de la Compagnie, je devais donc pour 6 FRANCS :

1° Constater le sinistre chez moi ou, plus vraisemblablement, à une distance éloignée, les blessés ne devant pas être souvent transportables et l'établissement assuré se trouvant à deux kilomètres de la ville.

2° Donner les premiers soins.

3° Faire un rapport à la Compagnie sur la blessure et ses conséquences.

4° Suivre le blessé, afin de pouvoir indiquer à la Compagnie quand il pourra reprendre son travail.

5° Après la guérison, faire un certificat de guérison.

6° Enfin, pendant tout ce temps, soigner le malade.

Sans connaître la pratique imposée par le Dr Lécuyer, à la même réunion de 12 juin, j'ai posé des conditions à peu près semblables, ma lettre est restée sans réponse; j'en ai conclu, sans regret du reste, que la Compagnie avait trouvé, ou cherchait un confrère au rabais ; je lui ai, d'ailleurs, dans ma correspondance, indiqué qu'elle en trouverait.

Voulez-vous me permettre de vous poser quelques questions ? Un docteur en médecine de la Faculté de Paris, qui est de je ne sais quel pays, mais qui dans tous les cas, n'est ni Français, ni naturalisé Français, peut-il-être médecin du Bureau de bienfaisance de notre ville ?

Peut-il-être médecin assermenté ?

Pourrait-il faire partie du conseil d'hygiène et de salubrité de notre arrondissement ?

Peut-on l'investir d'une fonction publique quelconque, quand il y a, de par la ville, quatre autres confrères qui sont Français d'origine et Français par le cœur ?

Agréez, etc. Dr L.

Nous ne croyons pas qu'un médecin étranger devrait être admis à exercer de telles fonctions.

B

On sait avec quelle ardeur et quelle conviction, M. le Dr Surmay, de Ham, a combattu cette exploitation dont le médecin est victime, de la part des Compagnies d'assurances.

Malheureusement, nous avons dans le Corps Médical, non seulement des nécessiteux qui sont obligés de ramasser tout ce qui se présente ; mais on y compte également des membres qui ne comprennent pas leur véritable intérêt et à qui tout sentiment de dignité fait défaut, pour se laisser embrigader dans une exploitation où leur présence fait honte à la profession médicale.

Nous ne nous étendrons pas davantage aujourd'hui sur ce sujet qui sera probablement à l'ordre du jour de l'assemblée générale de la Fédération Médicale, qui aura lieu prochainement. Qu'il nous suffise de faire connaître les propositions qui sont faites, dans cet ordre de choses, par la Société d'assurances, LA CONTINENTALE, de Paris, dont il existe une succursale, 3, rue du Grand-Hospice, à Bruxelles. On y verra que tout médecin honnête et respectable ne peut accepter les conditions qui lui sont offertes, sans se dégrader aux yeux de ses confrères.

Service médical.

Instructions pour le médecin-expert. — L'agent général, en l'absence de l'inspecteur, doit proposer à la Compagnie les médecins chargés du service médical.

La Compagnie n'a pas limité le nombre de ces médecins, afin de pouvoir, autant que possible, choisir ceux à proximité de l'établissement assuré et éviter ainsi de grands déplacements.

Des instructions concernant le service médical sont remises aux médecins avec leurs lettres de nomination.

L'agent devra toujours, en remettant à l'assuré la quittance d'indemnité, s'assurer si le sinistré a bien cessé ses travaux le jour où l'accident s'est produit, et s'il les a repris le jour indiqué par le médecin.

Honoraires des médecins. — Les honoraires des médecins sont fixés à raison de 4 francs par sinistre, selon que leur domicile est plus ou moins éloigné de l'établissement assuré. En raison de cette rémunération, les médecins doivent non-seulement constater les sinistres, mais encore donner leurs soins aux blessés. Cette rémunération est suffisante, car la statistique démontre que la durée des incapacités du travail *ressort à 14 jours à peine.* Durant cette période, le médecin fait généralement trois visites. Il ne faut pas perdre de vue, en outre, que le blessé, lorsqu'il est en état de marcher, doit se rendre aux consultations du docteur, qui se trouve ainsi dispensé de faire aucun déplacement.

S'il n'y a pas de médecin, dans une localité où l'agent a réalisé des affaires, ce dernier adressera un rapport à la Compagnie, et lui indiquera les noms des médecins les plus rapprochés et de ceux qui, en raison des moyens de transport, pourraient se rendre plus facilement et plus rapidement sur les lieux du sinistre.

Les agents ne doivent prendre aucun engagement à cet égard, avant de s'être assurés du concours du médecin.

La Compagnie ne prend les médicaments à sa charge que moyennant une prime complémentaire, qu'elle se réserve de fixer.

Les honoraires des médecins sont réglés par l'administration centrale et payés par les agents contre reçu des médecins. Les comptes des agents ne seront crédités que sur la production de reçus, qui resteront annexés au compte comme pièces justificatives.

Les accidents survenus passé midi ne sont indemnisés qu'à dater du lendemain. Le jour fixé pour la reprise du travail ne donne droit à aucune indemnité.

Marche à suivre en cas de sinistre. — Aussitôt qu'un assuré est blessé, il se rend chez le médecin, s'il peut marcher, dans le cas contraire, c'est le médecin qui va chez l'assuré constater l'accident.

Le certificat de constatation indique la durée de l'incapacité de travail et est envoyé immédiatement à la compagnie. Si, ce délai expiré, le malade n'est pas guéri, le médecin délivre un certificat de prolongation qui doit également être envoyé de suite à la compagnie.

Aussitôt la guérison, le certificat le constatant est établi et la compagnie autorise le payement de l'indemnité.

Pour copie conforme aux instructions recues.

Le Directeur particulier, SIERZACK

(*Le Scalpel de Liège*)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Accidents cardio-pulmonaires d'origine gastro-hépatique

M. le Dr Barié vient de publier dans la *Revue de médecine* un long et complet mémoire sur cette question. Nous en rapporterons ici les conclusions principales telles que nous les trouvons relatées dans la *Revue de Thérapeutique*.

Certains états dyseptiques, prenant leur origine dans l'estomac, l'intestin ou dans les voies biliaires, retentissent sur l'appareil cardio-pulmonaire et donnent lieu à des phénomènes morbides qu'on peut grouper en quatre formes cliniques :

A. Dans la première forme, le cœur seul est intéressé et les troubles se manifestent par des palpitations ou des intermittences.

B. La seconde forme est caractérisée par des accidents intéressant à la fois le poumon et le cœur ; du côté du poumon, c'est de l'oppression plus ou moins vive, pouvant aller jusqu'à l'orthopnée avec menace de suffocation. Elle survient presque immédiatement après le repas sous forme d'accès, cesse après le travail de la digestion, pour apparaître de nouveau au repas suivant. Le retentissement du côté du cœur se manifeste par la dilatation de ses cavités droites entraînant qnelquefois après elle une insuffisance tricuspidienne secondaire avec ses conséquences cliniques.

La distension du cœur s'accompagne de phénomènes stéthoscopiques importants : existence d'un bruit de galop qui a son siège dans le cœur droit, et accentuation manifeste du bruit diastolique au niveau de l'artère pulmonaire, indice de l'élévation de la tension dans le système de la petite circulation. Outre ces accidents cardio-pulmonaires, on observe encore, pendant la durée de l'accès de dyspnée, un pouls petit, mou, dépressible, de la cyanose, du refroidissement de la face et des extrémités, de la dilatation pupillaire et quelquefois de petites hémoptysies.

C. La troisième forme est constituée par des accidents très voisins de l'angine de poitrine.

D. Enfin, dans une dernière forme, les phénomènes sont à peine ébauchés : on remarque de l'anhélation très légère après le repas, ainsi que l'accentuation du second bruit au niveau de l'artère pulmonaire, mais sans trace de dilatation du cœur.

E. Ces quatre formes peuvent être observées isolément, ou s'emprunter quelques-unes de leurs modalités : de là des formes mixtes.

Ces divers accidents sont la conséquence d'une excitation réflexe partie des voies digestives (estomac, intestin, voies biliaires) pour aboutir au poumon, dont elle entretient les capillaires sanguins dans un état de contraction spasmodique : la tension s'exagère tout à coup dans le système de l'artère pulmonaire, et le ventricule droit, obligé de lutter contre cet obstacle en aval, se dilate d'abord et s'hypertrophie ensuite.

La physiologie expérimentale a démontré que l'acte réflexe qui constitue les accidents cardio-pulmonaires d'origine gastrique ou hépatique se passe tout entier dans le domaine du grand sympathique : il est permis, toutefois, au nom de la clinique, de croire que le pneumo-gastrique n'est pas étranger aux transmissions eisodiques des incitations de l'estomac ou des voies biliaires au centre réflexe.

Les accidents cardio-pulmonaires ne s'observent que consécutivement aux affections les plus légères des voies digestives : catarrhe gastrique ou des voies hépatiques, graviers, calculs bilia s res, etc. ; on ne les rencontre pas dans le cour des affections qui désorganisent profondément les tissus (inflammations chroniques diffuses, dégénérescences organiques, etc.).

Les accidents surviennent de préférence chez les individus dont le système nerveux est d'une vive impressionnabilité ; aussi sont-ils plns fréquents chez la femme que chez l'homme (28 fois contre 19, d'après nos observations). Les causes prédisposantes sont l'état névropathique, la chlorose, l'hystéricisme.

Les états dyspeptiques à la suite desquels on observe les troubles cardio-pulmonaires sont principalement, pour l'estomac : le catarrhe simple essentiel et la dyspepsie gastrique consécutive à la tuberculose, aux maladies des reins, aux affections utérines, aux malades de cœur; pour les voies biliaires : l'ictère catarrhal, la présence de calculs dans le canal cholédoque, etc.

En général, le pronostic n'est pas grave, mais les accidents sont sujets à récidive chez les individus suivant une hygiène défectueuse au point de vue de l'alimentation. Quand la cause première des accidents persiste pendant un temps assez long (enchatonnement d'un calcul dans le cholédoque par exemple) et que la dilatation du cœur droit est extrême, on voit quelquefois survenir une insuffisance tricuspidienne et le malade, devenu un cardiaque, peut succomber aux accidents asystoliques.

Le régime lacté exclusif est le seul remède efficace; il agit merveilleusement dans les dyspepsies gastriques ; son action est médiocre et inconstante quand le foie est la cause des troubles digestifs.

***

Fièvre typhoïde et bains froids.

La *Société médicale des hôpitaux* a de nouveau traité cette question, il y a quelque temps. Nous donnerons le résumé de la discussion.

M. *Du Cazal* n'est pas partisan de la méthode de Brand, parce qu'il repousse toute médication systématique. Quant au système de réfrigération proposé par M. Dumontpallier (réfrigération au moyen d'un appareil formé de tubes de caoutchouc, dans lesquels on fait passer un courant d'eau froide), il n'est pas assimilable à la méthode de Brand; c'est un mode de refroidissement lent, tandis que le bain froid refroidit brusquement ; et c'est grâce à cette action brutale qu'il exerce une influence heureuse sur le système nerveux. Ce sont les bains froids qu'a employés M. Du Cazal, mais seulement contre quelques-unes des *complications* de la fièvre typhoïde.

C'est d'abord la bronchite contre laquelle les bains froids ont donné à M. du Cazal les résultats les plus heureux, en faisant disparaître ou en diminuant notablement la cyanose, la dyspnée ; en facilitant l'expectoration. M. du Cazal pense d'ailleurs que la bronchite de la fièvre typhoïde est d'origine paralytique et non une bronchite *à frigore*. Il n'a jamais observé de pneumonie chez les malades traités par les bains froids.

Une autre complication, heureusement modifiée par les bains froids, est l'ataxie. Le délire disparaît, l'insomnie fait place au sommeil en même temps que la température s'abaisse.

M. du Cazal regarde l'hyperthermie comme une véritable complication de la fièvre typhoïde, complication dangereuse par elle-même, et il s'efforce de la combattre. Les bains froids lui ont encore ici donné les meilleurs résulats. Il n'y a recours que lorsque la température dépasse 40°. Aucun traitement n'a produit, à ce point de vue, de meilleurs résultats. Toutefois la digitale lui a également donné des succès, mais il faut l'employer à dose trop élevée. Or, il peut être dangereux d'employer à dose forte un médicament cardiaque dans une maladie qui expose déjà par elle-même à la mort subite. C'est pourquoi M. du Cazal préfère les bains froids. La température de ces bains oscille entre 18° et 20°; les malades y sont laissés jusqu'à ce qu'ils soient pris d'un frisson.

En fait de médicaments, M. du Cazal préfère la digitale au sulfate de quinine et à l'acide salicylique. Toutefois cette médication par la digitale présente quelques inconvénients : d'abord la difficulté de se procurer de la bonne digitale, ensuite la nécessité de pousser la dose jusqu'à l'intolérance. C'est pourquoi il recourt aux bains froids dont l'action d'ailleurs est plus rapide.

M. *Féréol* a essayé les bains tièdes et n'en a pas obtenu de bons effets, surtout comparativement aux bains froids. Les malades, après le bain tiède, conservent leur céphalalgie, et jamais on n'obtient le même abaissement thermique qu'avec les bains froids.

M. *Bucquoy* dit que les bains tièdes donnent de très bons résultats dans les formes graves de la fièvre typhoïde, surtout dans les formes ataxo-adynamiques; ils activent les fonctions de la peau, poussent même à la transpiration, et l'on sait combien c'est là un symptôme plus agréable à constater que l'abaissement thermique obtenu par les bains froids. Enfin on observe, après les bains tièdes, des modifications très importantes dans l'état général des malades.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle qu'il a été l'un des premiers défenseurs des bains tièdes dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il est de l'avis de M. Bucquoy, et considère ces bains comme très efficaces dans les formes ataxiques. Avec les bains froids, on peut abaisser la température, sans modifier l'état général; avec les bains tièdes, au contraire, on agit sur l'état général. Or, il ne faut pas considérer seulement l'abaissement de la température, car on peut faire évoluer une fièvre typhoïde avec une température même inférieure à la normale, sans pour cela diminuer sensiblement la gravité de la maladie. Les bains tièdes sont un puissant moyen thérapeutique ; leur température doit varier de 32° à 35°, selon les individus et selon le degré de l'hyperthermie; leur durée doit être environ de trois quarts d'heure.

M. *Constantin Paul* a expérimenté rigoureusement la méthode de Brand. Au début de l'emploi de cette méthode, on est très satisfait des résultats obtenus; les phénomènes nerveux s'amendent ; l'abaissement de la température n'est que passager ; mais l'obligation de plonger le malade toutes les trois heures dans le bain fait qu'il n'a plus aucun repos.

En somme, les bains froids procurent une amélioration considérable des phénomènes nerveux, mais ce n'est pas une méthode antithermique, car l'abaissement de la température ne dure pas. Si l'on supprime, dans les tracés, l'indication des bains, il est impossible de distinguer le tracé d'un malade traité par les bains froids de celui d'un malade traité par une autre méthode.

M. *Tennesson* affirme que l'on obtient le même abaissement de température, la même diminution des phénomènes morbides, par une simple et bonne hygiène, et sans faire courir au malade les dangers de toutes ces médications énergiques.

M. *Dumontpallier* proteste contre cette opinion, et déclare qu'il est du devoir du médecin d'agir en présence d'une fièvre typhoïde grave et de tenir compte des faits aujourd'hui connus dans le monde entier et relatifs au traitement de cette affection par le froid.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que faire de l'hygiène n'est pas ne rien faire.

*
* *

La Kératite astigmatique.

Un membre distingué du *Concours Médical*, M. Georges Martin, de Bordeaux, a présenté ces jours derniers à l'Académie des sciences, sur la *kératite astigmatique*, une note que nous nous faisons un plaisir de publier *in extenso* :

On observe, tout particulièrement pendant l'adolescence, des kératites tenaces, graves, récidivant presque toujours et ayant comme conséquence une diminution notable de l'acuité visuelle. Tous les médecins considèrent ces kératites comme une manifestation de la diathèse scrofuleuse.

Des faits que nous avons observés, et dont le nombre augmente chaque jour (42 faits), il résulte que de forts degrés d'astigmatisme cornéen (1 1/2 à 5 dioptries et même davantage) peuvent être considérés comme la cause la plus puissante de ces ophthalmies. La diathèse, quand elle existe, ne jouerait que le rôle de cause prédisposante.

Le plus souvent, ces kératites sont doubles, et quand elles ne portent que sur un œil, c'est toujours l'œil le plus astigmate qui se trouve atteint. Ce fait nous a paru tellement constant, que lorsque l'examen de l'œil sain est seul possible et qu'il révèle une anomalie de courbure de la cornée, cette constatation suffit pour porter le diagnostic de *kératite astigmatique*.

Toutes les kératites dites « scrofuleuses » ne sont pas forcément astigmatiques; on ne peut considérer comme telles que celles présentant les allures indiquées plus haut. Inversement, on peut observer quelquefois des kératites astigmatiques chez des sujets non scrofuleux : d'où, à nos yeux, la justification du titre de la présente note.

Pour que les astigmates soient exposés à ces kératites, il faut que leur accommodation soit souvent mise en jeu par une application soutenue sur des objets de petites dimensions. Dans ces conditions, les contractions répétées des muscles ciliaires amènent des désordres dans la circulation du globe de l'œil, et particulièrement dans celle de la cornée, dont la vascularisation est plus délicate.

Cette influence de l'accommodation trouve sa confirmation clinique dans les faits suivants :

1° La kératite astigmatique s'observe pendant la période de la vie où la force accommodative a le plus d'énergie.

2° L'atropinisation des yeux, alors même qu'un seul œil est atteint, est le moyen le plus efficace pour hâter la guérison, elle seule paralyse les mouvements des muscles ciliaires.

3° L'usage des verres cylindriques écarte d'une manière à peu près certaine les rechutes, si fatales quand l'accommodation s'efforce de produire un astigmatisme cristallinien compensateur de celui de la cornée.

4° Les hypermétropes, dont l'accommodation est toujours en activité, semblent être les sujets les plus exposés à la kératite astigmatique.

Le rapport de cause à effet, que nous voulons établir, a des conséquences essentiellement pratiques. Il indique la marche à suivre dans le traitement et les précautions à prendre pour éviter les récidives. Il fait prévoir même qu'une première atteinte pourra être évitée par l'emploi de verres correcteurs et que la vision des individus, ayant des lésions cornéennes anciennes, dues à la kératite astigmatique, pourra presque toujours être améliorée par ces mêmes verres.

Tout fait espérer que, désormais, la marche de ces ophthalmies subira une grande transformation au lieu de ces cas chroniques, qui souvent amenaient ou une interruption dans les études ou un changement de profession, il est permis de penser que l'on n'observera plus que des kératites de courte durée et peu compromettantes pour la vision.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICATS DE L'ARRONDISSEMENT DE BRIGNOLES (VAR)

Notre Syndicat a tenu le 24 août dernier, à Saint-Maximin, une réunion importante, à laquelle assistaient presque tous les adhérents, c'est-à-dire tous les médecins de l'arrondissement, moins trois sur vingt-deux. Un règlement a été élaboré. Je vous en enverrai bientôt la teneur.

Bien que portant le nom de Syndicat du Cercle de Brignoles, nous ne recueillons pas moins des adhésions dans les deux autres arrondissements ; et par le nombre qui, nous l'espérons, ne fera que s'accroître, nous voyons avec plaisir arriver le jour ou nous pourrons nous appeler Syndicat du Var. Tous les membres actuels sont animés d'un zèle, qui, nous en sommes sûrs, ne se démentira pas, et rendra prospère cette œuvre d'association, que certaines prophéties intéressées et malveillantes déclaraient non viable.

Le secrétaire, Dr TROTOBAS.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
22 Septembre 1883 — Organe officiel des Syndicats des Médecins de France — 5me Année. — N° 38

SOMMAIRE

BULLETIN

Comme nous l'avions prévu, M. *Béchamp* (de Lille) n'a pas manqué de faire remarquer combien la communication de M. Bouchardat se rapprochait des idées qu'il a émises depuis longtemps sur les *microzymas*.

Les microzymas sont, comme on sait, du moins pour M. Béchamp, les éléments primordiaux de tous nos tissus, les matériaux nécessaires à la constitution, à la fonction de la cellule : ils existent en nous *ab ovo*.

Sous une influence morbide spéciale, le microzyma forme le tubercule dont le développement envahit ensuite les organes.

Les *prétendus* parasites de la tuberculose, que M. Koch isole et qu'il croit venus du dehors, ne seraient donc autre chose que les microzymas transformés du tubercule pulmonaire. M. Bouchardat a parfaitement expliqué comment ils pourraient bien ne pas venir du dehors : à son tour, M. Béchamp n'a pas tort de faire remarquer qu'il n'est pas tout à fait juste de traiter de parasites des organismes dont on reconnaît que l'existence est normale dans le sang ou dans la lymphe.

M. Béchamp se réserve de prendre prochainement la parole, pour compléter sa communication.

M. *Leudet*, de Rouen, rapporte trois cas dans lesquels l'asphyxie par le charbon a fait produire, à certaines phases de l'empoisonnement, des actes inconscients, phénomène sur lequel il appelle l'attention, parcequ'il n'a pas encore été signalé.

M. *Ollier*, de Lyon, communique trois cas de néphrectomie.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une tumeur purulente du rein chez une jeune femme, tumeur que l'on croyait due à l'obstruction du bassinet par des calculs. *L'extirpation fut laborieuse* à cause des adhérences de la capsule aux parties voisines; il fallut faire la décortication de l'organe : l'opération fut longue mais n'amena pas d'accident. Aujourd'hui, la guérison est complète, quoique la malade se plaigne parfois de douleur dans le foie et la fosse iliaque; enfin elle a présenté un symptôme bizarre : à deux reprises, elle a eu une salivation abondante et a craché plus d'un litre de salive dans une demi-journée.

Dans le second cas, l'extirpation a été faite pour un kyste contenant plus de quinze litres de liquide. La malade succomba le troisième jour.

Le troisième opéré était un enfant atteint de sarcome du rein. Tout allait bien lorsque, le dixième jour, l'enfant mourut subitement en se soulevant pour prendre un objet placé sur la planchette de son lit.

A propos de ces trois faits, M. Ollier fait remarquer que le précepte, qui veut qu'on énuclée toujours le rein et sa capsule, n'est pas applicable à tous les cas; ainsi, chez la première malade, cela aurait été absolument impossible.

Un de nos confrères, M. *Duprez*, médecin à Bayonvillers (Somme), ayant eu l'occasion de

soigner de nombreux cholériques pendant les épidémies de 1849 et 1854, avait écrit à M. Pasteur pour lui offrir son concours et accompagner, en Égypte, la mission, qui y était envoyée pour étudier le choléra. En regrettant de ne pouvoir accepter son offre, puisque le personnel de la mission était au complet, dès le début, M. Pasteur a fait savoir à notre confrère qu'un grand nombre de médecins s'étaient mis aussi à sa disposition pour lui faciliter l'étude non moins utile que dangereuse qu'il avait entreprise (1).

On voit que le corps médical est toujours prêt à se dévouer pour la science et l'humanité.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contagion de la morve du cheval à l'homme,

par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

Sous ce titre, nous avons publié, en 1882, dans le *Concours médical*, pages 73 et 87, un travail dans lequel nous avons relaté un cas de morve aiguë terminé par la guérison.

Nous regardons comme un devoir de la probité scientifique la plus stricte de donner aux lecteurs du *Concours* la suite de l'observation qui nous avait, à tort, paru comporter ce favorable pronostic, parce que les évènements ultérieurs se sont chargés, en peu d'années, d'y infliger le démenti le plus formel et le plus lamentable.

Rappelons, en peu de mots, qu'il s'agit d'un voiturier qui, en soignant un cheval farcineux, avait eu l'imprudence de porter, à l'une de ses narines, le doigt tout imprégné de la matière sanieuse d'un abcès farcineux ; qu'il fut pris, peu de temps après, de fièvre intense, de jetage nasal, de glandage sous-maxillaire, etc., et que, traité par la saignée, l'émétique, les injections nasales phéniquées et l'iodure de potassium à l'intérieur, il parvint enfin à une guérison qui nous paraissait solide et définitive, mais qui, hélas! n'était qu'apparente.

En effet, jamais depuis cette époque, la santé de notre client n'a été complètement satisfaisante. A diverses reprises, nous avons eu à combattre des retours offensifs de la maladie, comme si le virus retenu et, en quelque sorte, emprisonné dans les ganglions lymphatiques, eût, rompant tout à coup ses digues, fait irruption dans le torrent circulatoire et manifesté sa présence au sein de l'économie par de soudains réveils, à l'instar d'un autre virus plus familier à l'espèce humaine, que nous n'avons pas besoin de nommer.

(1) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons qu'un des membres de cette mission, le Dr Thuillier, a succombé au choléra le 18 septembre.

En janvier 1883, près de deux ans après le début de la maladie, X. éprouva, à la suite d'un voyage en voiture pendant la nuit, des frissons erratiques, de l'inappétence, de la toux avec expectoration muqueuse, de la diarrhée, des sueurs nocturnes, de l'insomnie, de la fièvre. Cet état durait depuis deux mois, lorsqu'il se décida, le 6 mars dernier, à invoquer les secours de l'art. Nous constatons alors l'existence d'une éruption pustuleuse, acnéiforme, disséminée sur toute la surface du corps. Le teint est terreux ; le pouls à 85 environ. Au sommet du poumon droit, il y a de la matité et des râles sous-crépitants. Le foie forme une tumeur saillante dans l'abdomen et débordant les fausses côtes droites de deux à trois travers de doigt.

Traitement iodé *intus et extra* au moyen de frictions de teinture d'iode sur les régions sous-claviculaire droite et hypochondriaque, et d'iodure de potassium pris à l'intérieur, à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

La tuméfaction hépatique disparut au bout de peu de jours sous l'influence de cette médication; mais les symptômes pulmonaires s'accentuèrent de plus en plus. Au commencement d'avril, le poumon gauche fut, à son tour, envahi dans les deux tiers supérieurs. L'expectoration habituellement purulente, devint parfois sanglante ou rouillée. Des accès intermittents quotidiens se déclarèrent, pendant lesquels le pouls était d'une fréquence extrême (132 pulsations) et qui ne furent en rien modifiés par l'administration du sulfate de quinine à haute dose ; des sueurs profuses affaiblirent le malade, et c'était un contraste vraiment saisissant de voir cet homme, d'une constitution athlétique, aux larges épaules, aux muscles puissants, en proie à tous les symptômes de la tuberculose pulmonaire la plus cachectique.

En même temps, des phénomènes de phlébite apparurent dans la jambe droite ; ils se résolurent assez rapidement par délitescence et furent remplacés, le 17 avril, par la tuméfaction scléreuse du mollet gauche. De ce côté, la phlébite et l'angioleucite prirent bientôt des proportions énormes. Le 20, elles avaient gagné tout le membre, et s'accompagnaient de rougeole diffuse, qui prit une teinte violacée à la surface du genou. A l'aine et à la partie antérieure et interne de la cuisse, on sentait sur le trajet des vaisseaux, à travers l'œdème, un cordon induré volumineux et très douloureux à la moindre pression. La moitié gauche de l'abdomen, la fesse correspondante et les lombes étaient le siège d'une éruption rubéoliforme. La tumeur du foie se faisait sentir de nouveau.

Le matin du 21, on remarque que l'expectoration a beaucoup diminué : la mort survient dans la soirée presque subitement, comme si l'on avait affaire à une embolie due à la migration d'un caillot veineux.

Ainsi, le cas que nous avions considéré comme un succès, s'est changé en un revers par le progrès du temps et l'invasion de la pneumonie ultime habituelle ; notre médication, si rationnelle qu'elle fût, n'a fait que laisser au malade deux

années de répit. On voit que la morve ne pardonne guère; elle ne lâche momentanément sa victime que pour mieux prouver, en fin de compte, sa terrible léthalité et affirmer sa victoire et l'impuissance de l'art.

Il importe donc extrêmement que les personnes qui, par leur profession ou pour leur agrément, approchent souvent des chevaux, sachent se préserver des dangers de la contagion; et, pour cela, il est de toute nécessité que chacun connaisse les signes qui permettent de reconnaître aisément l'existence de la morve et du farcin chez le cheval. En fait, trop souvent, la nature de la maladie est méconnue. On la prend tantôt pour un rhumatisme grave, avec lequel elle a de nombreuses analogies, tantôt pour une diathèse purulente, tantôt, dans le cas de tumeur farcineuse, pour un cancer, tantôt même, chez l'homme, pour une syphilis constitutionnelle. Quelquefois le diagnostic reste en suspens. Vu l'importance du sujet, qu'il nous soit permis de revenir brièvement sur les signes caractéristiques de la maladie, répétant, pour la morve, ce qui a été fait naguère, avec tant d'à propos et d'utilité en ce qui concerne la rage. Nous ajouterons quelques considérations sur la prophylaxie, et la citation des règlements administratifs les plus utiles à connaître.

La MORVE est caractérisée principalement par une *altération spécifique des fosses nasales* consistant soit, dans une éruption pustuleuse avec ou sans ulcération de la muqueuse, soit dans des ecchymoses et dans la gangrène de la muqueuse nasale. Il est à noter que, chez le cheval, les fosses nasales, à raison de l'ampleur des naseaux, peuvent être beaucoup plus facilement explorées que chez l'homme.

De la lésion nasale résulte un écoulement plus ou moins considérable séro-sanguinolent que l'on désigne sous le nom de *jetage*. A ce signe, qui ne peut manquer de frapper l'attention, se joint l'engorgement des ganglions sous-maxillaires (*glandage*), rare chez l'homme, à peu près constant chez le cheval; mais, chez lui, il est loin d'avoir la signification qu'il aurait dans notre espèce, attendu que la *gourme*, qui n'est autre chose que le coryza du cheval, donne lieu à l'apparition du même phénomène.

Dans la MORVE FARCINEUSE, indépendamment des symptômes particuliers de la morve, une *éruption* se déclare à la peau, avec des *abcès farcineux* dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais n'oublions pas que l'éruption morveuse est plus rare chez le cheval que chez l'homme, parce qu'elle n'apparaît le plus ordinairement que sur les parties dépourvues de poils.

Enfin il est une variété de morve à laquelle on donne le nom de FARCIN, et qui est caractérisée principalement par l'apparition de tumeurs phlegmoneuses ou gangréneuses du côté de la peau. Rien n'autorise à établir entre le farcin et la morve proprement dite, une ligne de démarcation bien tranchée. Le pus d'un abcès farcineux, inoculé à un âne, a occasionné le développement de la morve. L'homme peut contracter la morve, en donnant ses soins à un cheval farcineux.

On sait que la morve peut être aiguë ou chronique, c'est-à-dire, évoluer en quelques jours, ou n'arriver au terme fatal qu'au bout de plusieurs mois, de plusieurs années même. Or, dans ces deux formes d'une même maladie, la propriété contagieuse est loin d'être égale. On constate en effet que la morve chronique se transmet très difficilement. Plusieurs vétérinaires distingués, MM. Barthélemy, Bouley et d'autres, ont prétendu qu'elle n'était pas contagieuse. M. Leblanc (*Des diverses espèces de morve et de farcin*, Paris, 1839), cite de nombreux faits à l'appui de la doctrine de la contagion de la morve et du farcin chroniques. Comment ceux qui nient la contagion de la morve chronique expliqueront-ils cette propriété de devenir très aisément transmissible dans les paroxysmes, ou périodes d'acuité, qu'elle est sujette à présenter par intervalle dans son cours, par exemple, lorsque les animaux qui en sont atteints, ont travaillé plus activement que de coutume? Ce fait de l'inégale virulence d'une même maladie dans sa forme aiguë et dans sa forme chronique, a son analogue chez l'homme dans la syphilis. Toutes les formes sont donc contagieuses, mais à différents degrés.

Le développement spontané de la morve n'a pas été observé chez l'homme.

Comment s'effectue *la contagion de la morve du cheval à l'homme*? La solution de cette question a une importance capitale; car la prophylaxie en dépend.

La morve peut évidemment résulter d'une inoculation accidentelle, et elle peut se développer aussi à la suite de l'application d'une matière morveuse sur une membrane muqueuse non écorchée. Mais ces deux conditions sont-elles nécessaires pour que la contagion ait lieu? A cette question, M. Rayer répond: « L'observation du mode de transmission de la morve aiguë parmi les chevaux, prouve le contraire. Des faits nombreux et authentiques attestent en effet que, lorsqu'un ou plusieurs chevaux morveux se sont trouvés dans une écurie, les premiers effets de la contagion se sont souvent montrés sur les chevaux qui étaient séparés des malades par plusieurs chevaux sains. » La morve est donc assimilable en tous points, à la variole humaine, transmissible à la fois, à l'instar des maladies virulentes, par l'inoculation, et comme les maladies infectieuses, par les émanations atmosphériques des malades et des objets contaminés.

Il faut donc incriminer aussi le séjour habituel dans des écuries habitées par des chevaux morveux. Toutes les personnes sur lesquelles on a observé la morve, avaient été, soit par la nature de leur profession, soit par celle de leurs études,

en rapports fréquents avec des chevaux morveux ou farcineux. Ajoutons, en insistant sur cette particularité, que, dans le plus grand nombre des faits où l'infection a été seule en cause, les victimes avaient des constitutions détériorées, soit par une mauvaise nourriture ou une habitation malsaine, soit par des excès habituels, soit par des maladies antérieures. C'est uniquement grâce à leur défaut de résistance, que les individus sont devenus aptes à subir l'influence délétère de l'atmosphère que nous pouvons appeler morveuse. Par-dessus tout, l'ivrognerie s'est montrée fatale. Ici, comme partout ailleurs, l'homme reçoit le juste prix de son intempérance et de ses habitudes peu conformes aux règles d'une bonne hygiène.

Il nous reste à parler de la *prophylaxie*, conséquence des données étiologiques consignées plus haut, et but de cette courte étude.

Les principales précautions à prendre pour éviter la contagion, quand on est dans la nécessité d'approcher des chevaux morveux, sont les suivantes :

Aussitôt après un contact suspect, dont la durée sera aussi courte que possible, et qui sera même évité avec soin, si l'intégrité de l'épiderme n'est pas complète, on se lavera minutieusement les mains avec un liquide antiseptique, tel que la solution de chlorure de chaux, d'acide phénique, d'acide borique, d'acide thymique ou autre. On se dépouillera de ses vêtements qui seront soumis à l'action de l'air ou même désinfectés, s'il y a lieu.

On évitera absolument de coucher ou de faire coucher des palefreniers dans les écuries où il se trouverait des chevaux morveux ou seulement suspectés de morve. Si l'on tient à faire surveiller les animaux malades pendant la nuit, on devra établir la chambre du gardien de manière que la surveillance s'exerce au moyen d'un châssis vitré.

Les règlements administratifs enjoignent à toute personne qui aurait en sa possession des chevaux, ânes ou mulets, atteints ou suspectés de morve ou de farcin, d'en faire sur le champ la déclaration devant le maire, et interdisent de vendre et d'exposer en vente dans les marchés et partout ailleurs, ces mêmes animaux. Il est également défendu de les employer à un service quelconque, et même de les conduire sur la voie publique.

Si le cheval est reconnu morveux, et si le propriétaire consent à ce que l'animal soit abattu, il sera marqué d'un *M* fait aux ciseaux dans le poil de la croupe, pour être livré sans délai à l'équarrisseur.

Si le propriétaire ne consent pas à l'abatage, il choisira un vétérinaire breveté pour visiter l'animal d'une manière contradictoire; en cas de dissidence, il sera nommé un tiers expert par l'autorité qui, sur le rapport du tiers expert, statuera sur ce qu'il appartiendra.

Si l'animal est déclaré seulement suspecté de morve ou atteint de farcin, dont la guérison est encore à espérer, il sera loisible au propriétaire de le faire traiter, en se conformant aux prescriptions administratives, et après que l'animal aura été marqué d'un signe représentant une équerre tracée aux ciseaux dans le poil, au défaut de l'épaule gauche.

Faute par le propriétaire de vouloir ou de pouvoir se conformer aux prescriptions administratives, les animaux suspectés de morve ou farcineux, seront conduits à la fourrière destinée à recevoir ces animaux.

Le propriétaire sera tenu de consigner le montant des frais de nourriture pour huit jours, et s'il se refusait à faire cette consignation, l'animal serait abattu d'office.

Les écuries et autres localités dans lesquelles auront séjourné les animaux morveux, farcineux ou seulement suspectés de morve, seront aérées et purifiées à la diligence des maires par les soins des personnes de l'art.

Ces écuries ne pourront être occupées par d'autres animaux qu'après qu'il aura été constaté, en présence d'un expert-vétérinaire, que les causes d'infection n'existent plus.

Ces dispositions sont également applicables aux équipages, harnais et colliers.

RÉSUMÉ.

La morve est une maladie virulente éminemment contagieuse, et l'on a observé de trop nombreux exemples de sa transmission à l'homme.

Les facteurs de cette transmission sont, au premier chef, le contact direct de la matière virulente, mais aussi la respiration de l'air infecté.

La morve affecte plusieurs formes très différentes. Pour M. Leblanc et pour nous, la morve aiguë, la morve chronique, le farcin aigu et le farcin chronique ne sont que des formes variées ou des degrés différents d'une même affection contagieuse.

Il n'y a point, dans la morve, de symptôme, à proprement parler, pathognomonique. La détermination de l'affection résulte de l'ensemble des symptômes et de leur marche, et non de chacun ou de l'un d'eux en particulier.

La morve est malheureusement presque toujours fatale, et c'est surtout à propos de cette terrible maladie que l'on peut dire avec les Anglais : *An ounce of prevention is better than apound of cure.* Une once d'hygiène vaut mieux qu'une livre de thérapeutique.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

Des lettres déjà nombreuses, reçues sur ce su-

jet et comportant adhésion, nous extrayons les passages qui suivent :

A

Mon cher Directeur,

De tous les services que le journal, votre œuvre, a rendus ou rendra encore à la profession médicale, nul, à mon sens, ne peut être plus méritoire que la fondation d'une Caisse de pensions reversibles sur les veuves et les orphelins.

Parmi tous les plans proposés, celui de notre vaillant confrère, M. Ordonneau, me semble le mieux compris et je n'hésiterais pas un instant à donner mon adhésion à une société basée sur son système.

Que mon modeste suffrage, de si peu de valeur qu'il soit, contribue à l'encourager et à le faire persévérer dans cette voie féconde.

Je vous adresse, en même temps que ce mot, l'adhésion au *Concours médical* de mon voisin et ami, le Dr H. et vous prie d'agréer, etc.

Dr Pascalin (*d'Estaires*)

B.

Très honoré confrère,

Le *Concours médical* a enfin entrepris une campagne sérieuse en faveur des pensions de droit. Il faut profiter de cet élan général qui a suivi le travail si consciencieux du Dr Ordonneau, il faut battre le fer pendant qu'il est chaud.

Voulez-vous me permettre quelques observations au sujet de cette caisse de retraites si indispensable à tous et qui nous permettra d'éviter plus tard, comme l'a si bien dit le Dr Vite, les démarches pénibles qu'une extrême misère seule peut décider à faire près de l'Association générale.

Envoyer à tous les membres du *Concours* une formule d'adhésion ainsi conçue : « *Le soussi-* « *gné.... s'engage à participer à la création* « *d'une Caisse de retraites pour les médecins* « *français, et à verser annuellement la somme* « *qui sera désignée, suivant son âge, pour* « *lui assurer 1,000 francs de rente à 60 ans* « *d'âge. Une commission sera nommée, sous* « *la présidence du docteur Cézilly, pour étu-* « *dier les moyens les plus économiques et les* « *plus sûrs d'arriver à ce résultat.* »

Une fois les adhésions arrivées, on se basera sur leur nombre pour prendre une détermination.

Ne pourrait-on pas, par exemple, adopter ce système qui me paraît des plus simples : Les compagnies françaises ou autres abandonnent à leurs courtiers des commissions énormes qui varient de 50 à 80 0/0 de la prime de première année. Elles ont des frais généraux qui entrent en ligne de compte d'une manière importante dans le calcul de leurs tables de mortalité. Tous les ans, elles paient encore une certaine somme à l'agent percepteur des primes.

Croyez-vous qu'une compagnie d'assurances sérieuse, sûre d'avoir le monopole de cette Caisse de retraite, ne ferait pas une concession des plus importantes sur le taux ordinaire des rentes viagères, puisque son unique intermédiaire, complètement désintéressé, serait le Bureau du *Concours médical*, sans inspecteurs, directeur, courtiers, etc., etc. Il y a là, je crois, une question sérieuse à étudier, qui nous économiserait les frais d'installation, de contentieux, de correspondance, responsabilité, gestion de fonds etc. etc.

Veuillez agréer, etc.

Dr Aubry (*de Lunéville*).

C.

Monsieur le Directeur et très honoré confrère,

Je regrette vivement de n'avoir pu assister à votre dernière réunion. J'y aurais insisté beaucoup sur la nécessité d'une « Caisse de retraites de droit » et j'aurais joint mes félicitations à celles que notre distingué confrère, le Dr Ordonneau, a reçues de tous ceux qui ont entendu la lecture de son remarquable rapport.

Cette idée sera féconde pour nous tous : car ils sont rares parmi nous ceux qui n'entrevoient pas, avec une tristesse décourageante, le moment où les fatigues nous condamneront à une retraite précoce avec des ressources souvent limitées.

Aussi, je m'inscris des deux mains, quelle que soit la somme à verser, sur la liste des médecins qui feront partie de cette nouvelle association.

Permettez-moi de saisir cette nouvelle occasion pour vous remercier de tout ce que vous faites pour nous.

Daignez agréer, etc.

Dr A. Sordes (*de Tarare, Rhône*)

D.

J'ai lu avec intérêt le compte-rendu de l'Assemblée générale du 19 août. La question de la *Caisse des pensions de droit* me sourit et me semble devoir se résoudre, grâce au *Concours*. Permettez-moi de vous soumettre une idée pour hâter cette époque. Tous les adhérents du *Concours* peuvent être invités par un *avis* inséré en tête d'un des prochains numéros à faire connaître s'ils adhèrent au *principe*. Il serait bien étonnant que, sur plus de 2,600 que nous sommes, il ne s'en trouvât pas 230, comme en Belgique, décidés à former l'association désirée. Pour moi, je vous promets d'être un de ceux-là. Après avoir reçu les adhésions en nombre suffisant, il serait facile

de poser les bases de la future combinaison et de compter sur des membres effectifs.

Dr LAUMONIER (*de Vernoil, Maine-et-Loire*).

E.

Monsieur le directeur,

Vous pouvez m'inscrire parmi les deux cent trente premiers membres qui répondront à l'appel adressé en vue de la fondation d'une Caisse de pensions de droit, et parmi ceux qui s'empresseront de verser chaque année cent et même deux cents francs pour fonder une caisse de retraite. J'ai également l'honneur de soumettre au *Concours* les propositions suivantes. Beaucoup de membres de notre société, étant jeunes et dans l'aisance, ignorent les coups du fatal destin et possèdent encore toutes les illusions et les douces espérances d'un bel avenir. Pour mettre mes collègues d'âge en garde contre notre insouciance commune, je désirerais que la Caisse de retraite pût admettre une capitalisation du versement annuel ; c'est-à-dire au lieu de verser cent francs, qu'il fut permis, dès que cela serait possible, à chacun des adhérents, de verser d'abord cent francs par an, puis plus tard d'achever la capitalisation de cette somme, de façon à ne plus avoir le souci d'y songer chaque année. Ce serait un avantage pour la Caisse de retraite.

Beaucoup de confrères de mon âge (j'ai trente-cinq ans dont dix ans d'exercice professionnel) ont toutes les chances de vivre jusqu'à soixante ans.

Ils peuvent mourir avant, d'où bénéfice plus grand pour la Caisse de retraite et service rendu par le décédé à la grande famille commune lésée par la cessation des versements annuels.

La fortune peut continuer, ou commencer à lui sourire, et alors, abandonnant la pension de droit, il est heureux d'en faire profiter la Caisse de retraite.

Enfin il peut arriver, après un certain nombre d'années passées dans l'aisance, de succomber sous l'infortune, et, les cent francs de pension deviendront pour ces années de disette, une véritable charge, qu'il aura évitée en faisant, dans les jeunes et heureuses années, non un sacrifice, mais une véritable et très pratique économie pour ses vieux jours et les années d'infirmités.

L'époque de capitalisation (année) doit être facultative.

Veuillez agreér, etc.

Dr LEBLANC (*de St-Pourçain, Allier*)

P. S. En Angleterre et en Amérique, chaque contrat de mariage contient et relate une assurance sur la vie, ne serait-ce pas le devoir pour tout jeune médecin de verser, à cette heureuse époque de son existence, un capital qui assure, à la Caisse de retraite, la dignité de ses vieux jours ; la considération et l'appui du corps médical pour sa jeune femme et sa future famille ?

F.

Très cher confrère,

Je viens vous prévenir que j'ai recu le numéro 34 du *Concours médical*, renfermant le compte-rendu de la réunion générale. J'approuve complètement tout ce qui s'y est fait. Veuillez aussi m'inscrire parmi les adhérents à la *Caisse de pensions* de droit. Ne serait-t-il pas bon de publier, dans le *Concours*, un avis pour engager nos confrères à adhérer à la constitution de cette Caisse ? Il me semble qu'actuellement la lumière doit être faite dans l'esprit de nous tous qui envisageons toujours l'avenir avec peu d'assurance.

Recevez etc.

Dr BOURGUET (*de Lasalle, Gard.*)

REVUE CLINIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.
SERVICE DU Dr TERRILLON.

De la ponction dans les kystes de l'ovaire.

Leçon recueillie par M. Denuce, interne du service.

Connue et pratiquée dès la plus haute antiquité, la ponction a constitué un des premiers moyens chirurgicaux appliqués à la cure des kystes ovariques. Longtemps, même, ce moyen fut le seul employé par les chirurgiens. Aujourd'hui la thérapeutique des kystes de l'ovaire s'est enrichie de bien d'autres ressources. La ponction n'en est pas moins demeurée un procédé des plus importants, et digne, en tout cas, d'une étude approfondie. Nous passerons tour à tour en revue le manuel opératoire qui lui est applicable, en insistant sur les précautions nécessaires et les soins indispensables, les indications qui l'imposent et les avantages que l'on en peut retirer, enfin les inconvénients qui peuvent en résulter.

Le manuel opératoire présente deux points à étudier au préalable : le lieu de la ponction et le choix de l'instrument. La ponction se pratique presque toujours par la paroi abdominale. Exceptionnellement on s'est servi des voies vaginale ou rectale (1) : ces essais n'ont pas été assez impor-

(1) La ponction vaginale fut employée pour la première fois par Callisen en 1795. Elle peut être utile dans les cas où l'on veut obtenir l'évacuation complète du liquide (cure radicale sans opération des kystes para-ovariens) ou lorsque la tumeur faisant saillie

tants pour nous arrêter ici.

Si la tumeur est volumineuse et bien fluctuante; si le kyste, très distendu, est directement en rapport sur une grande surface avec la paroi abdominale, le lieu de la ponction importe peu. Lorsque la tumeur présente un point nettement culminant, on pourra donc le choisir. Cependant on a été amené, par l'observation des faits, à reconnaître que certains points sont plus favorables; c'est ainsi que plusieurs auteurs, Spencer Wells en particulier, choisissent la ligne médiane entre l'ombilic et la symphyse pubienne. D'autres, au contraire, pratiquent la ponction sur la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-postérieure, au point d'élection de la ponction ascitique.

Pour le choix de la ligne médiane, on peut invoquer le peu de vascularisation de la ligne blanche, qui permettra d'éviter plus sûrement la lésion des vaisseaux. Cet argument serait irréfutable, si l'on ne se souvenait que la paroi même des kystes est généralement très vasculaire et pourvue de vaisseaux volumineux sur la ligne médiane, comme sur les parois latérales. L'hémorrhagie ne sera donc pas prévenue à coup sûr par la ponction médiane.

Mais il est un autre motif sérieux, que les partisans de la ligne médiane apportent à l'appui de leur thèse: seule, dans toute la paroi abdominale, cette région, exclusivement fibreuse, ne présente pas de masses musculaires. Or, la lésion du tissu musculaire par le trocart peut être la cause d'abcès, de phlegmons, qui facilement peuvent s'étendre et se compliquer d'accidents redoutables.

En revanche, avec la ponction latérale, il suffira d'incliner très peu le malade pour vider complètement la cavité du kyste. Ce motif méritait d'être pris en considération, avant l'emploi des appareils à aspiration. Aujourd'hui, il ne saurait nous arrêter.

C'est donc la ponction sur la ligne médiane que j'ai presque toujours employée, et que je vous recommande, dans la plupart des cas; vous pourrez la pratiquer à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen; on aura un point assez déclive, tout en évitant de léser la vessie. Cependant, certaines circonstances pourront faire abandonner ce lieu d'élection.

Si la tumeur est moins volumineuse, si la fluctuation ne se fait pas nettement sentir par tout l'abdomen, si le contact avec la paroi est peu étendu, il est évident que la ponction ne pourra se faire qu'aux points en contact.

Le lieu de la ponction étant déterminé, il faut s'occuper du choix de l'instrument.

Avant que Cannone eût inventé le trocart, on se servait d'un bistouri long et étroit. L'hésitation ne peut être permise maintenant. Il suffit de se rappeler que le bistouri ouvre le péritoine, sans le protéger ensuite, comme le trocart, contre la chute des liquides dans sa cavité.

Les trocarts peuvent être de calibres très différents. Scanzoni, Baker-Brown, Boinet se servaient de canules ayant 8 millimètres de diamètre. L'emploi de l'aspiration a permis de diminuer cette mesure et de se servir d'un trocart ayant au plus 3 millimètres. On évite ainsi les délabrements considérables, et la chute du liquide dans le péritoine est moins à redouter.

L'emploi de trocarts encore plus fins pourrait présenter les mêmes avantages, mais aurait des inconvénients. C'est ainsi que les liquides épais passeraient avec peine. Mais, si l'on ne tient pas à évacuer tout le liquide, si l'on ne cherche qu'à préciser le diagnostic, un instrument de 2 millimètres ou même de 1 millimètre et demi suffira amplement.

Quant aux appareils aspirateurs, leur emploi offre tant d'avantages qu'à peine saurait-on le discuter; ils empêchent l'entrée de l'air, facilitent la sortie du liquide, malgré la finesse de l'instrument: au moment où, le trocart étant retiré, son extrémité traverse le péritoine, l'aspiration empêche la chute dans la cavité séreuse des gouttelettes qui adhèrent à la canule.

Le seul inconvénient de l'aspiration est l'obstruction de la canule, soit par les grumeaux, soit par la paroi même du kyste, qui peut, lorsqu'elle est souple et mobile, s'introduire dans l'instrument. L'emploi de mandrins appropriés, la diminution de la force aspiratrice remédieront à ces inconvénients.

Le lieu de la ponction, l'instrument étant choisi, nous arrivons à l'opération elle-même. Nous avons vu, dans une leçon précédente, combien le péritoine était irritable, et quelles précautions il convenait de prendre pour ménager cette irritabilité; l'introduction de corps étrangers, si ténus qu'ils puissent être, est, avant tout, à éviter. On ne peut, en effet, préjuger leur nature et savoir s'ils sont septiques ou non. D'ailleurs, la plupart des corps étrangers qui se fixent sur les instruments, poussières ou autres, sont des matières organiques, et, par là même, ont la plus grande propension à devenir septiques. Le lavage à l'eau phéniquée ou à l'alcool détruira les germes existants, mais sera encore insuffisant. Le flambage donnera plus de garanties. Il suffit de présenter le trocart à la flamme d'une lampe à alcool; pour la canule, comme il est difficile de faire atteindre par la flamme toute l'étendue de sa paroi interne, on la trempera dans l'alcool avant de la présenter à la flamme: il est rare, quelques soins que l'on ait pris au préalable pour la nettoyer, de ne pas voir se dégager de la fumée pendant cette opération, preuve de la présence de matières organiques dans la canule.

Les mêmes motifs feront renoncer à l'emploi d'un corps gras, destiné à faciliter l'entrée du trocart. Cet avantage est illusoire, car la plus grande

---

dans le cul-de-sac vaginal, la fluctuation démontre le peu d'épaisseur des parois.

La ponction rectale, préférée dans les cas analogues par Spencer Wells, a l'inconvénient d'être très douloureuse et de laisser après elle un ténesme plus ou moins persistant.

partie du corps gras est retenue au dehors par les lèvres de la plaie; le peu qui pénètre est sujet à rancir, et peut faire naître ou entretenir de l'irritation. La vaseline, même phéniquée, le glycérolé, d'amidon, etc., et surtout l'huile, seront rejetés.

Il est également utile de vérifier le jeu de l'appareil aspirateur. Pour l'appareil de Potain, en particulier, on se souviendra que, dans certaines circonstances, la pompe aspirante devient foulante, et il est dangereux de comprimer l'air et d'élever brusquement la pression dans l'intérieur du kyste.

Ces précautions prises, le trocart sera enfoncé d'un seul coup au point choisi et de façon à pénétrer profondément, car le kyste, en se vidant se rétracte et sa paroi pourrait abandonner la canule, la laissant ouverte dans le péritoine.

Certains auteurs recommandent d'exercer une pression sur la paroi abdominale, pendant que le liquide s'écoule, de façon à l'accumuler vers l'orifice. Spencer Wells a montré le danger de cette manœuvre : les parois du kyste sont souvent friables; le trou produit par la canule peut s'élargir et donner issue au liquide, soit pendant, soit après l'opération.

Quand l'évacuation de la poche est terminée, on enlèvera brusquement le trocart en maintenant le vide : nous avons vu plus haut qu'on évitera ainsi la chute du liquide dans le péritoine; puis on fera l'occlusion avec quelques brins d'ouate et du collodion.

A ce moment, on a quelquefois un peu d'hémorrhagie de la paroi; une légère compression digitale suffit généralement pour l'arrêter. Sinon, un point superficiel de suture entortillée en aura raison.

Après l'opération, pour les soins consécutifs, deux cas peuvent se présenter. On a souvent essayé d'exercer sur les parois abdominales une compression plus ou moins forte. On invoque la diminution de la pression intra-abdominale, le peu de tonicité des parois soumises à une distension exagérée. En réalité, si le kyste est presque entièrement vidé, on pourra exercer, au moyen d'une ceinture de flanelle, et d'un paquet d'ouate, une légère compression. Mais il faut se garder d'exagérer cette mesure, car une pression violente aurait pour résultat d'exprimer, dans la cavité péritonéale, par l'orifice laissé par le trocart, le liquide qui peut rester dans la poche ponctionnée.

Si l'évacuation n'est pas complète, on évitera toute compression qui, outre l'inconvénient déjà signalé, exposerait à la rupture par éclatement du kyste.

Le repos absolu devra être recommandé et, suivant le précepte de Kœberlé, dans une position telle, que l'ouverture produite par la ponction regarde directement en haut. On a vu souvent cet orifice rester béant après l'opération : dans ce cas, l'irritation du péritoine ne tarde pas, par la production de néo-membranes, à faire adhérer l'orifice du kyste à l'orifice abdominal, établissant une fistule complètement séparée de la cavité péritonéale; il faut laisser à ce travail le temps de s'effectuer.

En résumé, la ponction est une opération des plus simples : elle exige seulement les précautions les plus minutieuses, et la statistique est là pour montrer l'utilité de ces précautions. Jadis on les négligeait : les accidents, souvent graves, quelquefois mortels, étaient fréquents. Aujourd'hui, quand on a observé ces précautions, les accidents sont exceptionnels.

Avantages et inconvénients de la ponction. — Sans chercher à faire l'historique complet de la question, il importe de distinguer deux périodes pendant lesquelles la valeur de la ponction a été différemment appréciée. Avant 1830, pratiquée soit au bistouri, soit au trocart, la ponction est considérée comme un moyen palliatif pouvant même, dans certaines circonstances, devenir curatif. Plus tard, on cherche à augmenter son rôle, à la rendre plus sûrement curative. S'appuyant sur les recherches de Velpeau, et ses succès par les injections iodées dans les hydrocèles, la tunique vaginale, Alison traite et guérit un kyste de l'ovaire par l'ouverture permanente et les injections iodées. Boinet, le premier, après l'évacuation du liquide, se sert du trocart pour faire l'injection iodée, et ses remarquables travaux, ses nombreux succès marquent un grand progrès dans le traitement des kystes ovariques.

Aujourd'hui, l'ovariotomie est entrée dans le domaine de la chirurgie courante; la ponction curative a été rejetée, sauf dans certains cas particuliers que nous étudierons plus loin. Elle n'est plus pratiquée que pour des motifs souvent connexes : comme moyen de diagnostic et comme opération palliative.

Dans le premier cas, l'opération qui nous occupe est souvent le seul moyen d'établir l'existence réelle d'un kyste et de le distinguer de certaines tumeurs solides de la région. On voit parfois des tumeurs solides de l'utérus ou de l'ovaire, des fibromes de la paroi abdominale, etc., donner une sensation de fausse fluctuation, et en imposer pour un kyste. Une ponction exploratrice, pour laquelle un trocart très fin suffira, lèvera les doutes.

En outre, la nature même du kyste de l'ovaire sera éclairée par ce moyen. Après l'évacuation complète de la poche ponctionnée, s'il reste du liquide, on saura que le kyste est composé de plusieurs cavités indépendantes. On pourra de même apprécier les masses solides qui entrent souvent dans la composition de la tumeur, et que le liquide contribue à masquer.

Enfin l'examen du liquide donnera des notions importantes à connaître.

Les liquides évacués par la ponction d'un kyste peuvent être de deux variétés. Si le liquide est incolore, limpide, non filant, comparable à de l'eau de roche, ou au liquide d'un kyste hydatique, on peut affirmer l'existence d'un kyste non pas ovarique, mais paraovarien. Cette indication est précieuse. Les kystes paraovariens sont uniloculaires, et l'évacuation est facilement complète. Le plus souvent, dans ce cas, le liquide ne se re-

produit pas, et, alors seulement, la ponction est curatrice.

Aussi, Sp. Wells et Duplay ont-ils pu s'appuyer sur ce fait pour recommander l'emploi de la ponction préalable dans tous les cas de kystes de l'ovaire : le liquide est-il limpide et incolore, en poussant l'évacuation jusqu'au bout, on a les plus grandes chances d'obtenir une guérison définitive.

Si le liquide est filant, il n'en est plus de même ; tantôt blanc et sirupeux, ou grumeleux, comme caillebotté, il est souvent coloré par des éléments sanguins et, suivant leur abondance, citrin, brun plus ou moins foncé, et même noir. Dans tous les cas, on est sûr d'avoir affaire à un kyste multiloculaire de l'ovaire, que l'ablation seule peut guérir.

D'autre part, la ponction, en diminuant le volume de la tumeur, vient atténuer certains symptômes et parer aux accidents causés par la pression qu'elle exerce, dyspnée par refoulement du diaphragme, troubles intestinaux, météorisme, flatulence, constipation ou ténesme rectal, troubles vésicaux, dysurie ou incontinence d'urine, etc.

Ces divers troubles peuvent être assez accentués pour influer sur la santé générale de la malade et amener cet état connu sous le nom de *cachexie kystique*. La ponction, simplement palliative, fera cesser ces accidents et permettra à la malade de revenir à un état général plus satisfaisant, augmentant les chances de succès d'une opération consécutive. J'ai signalé un exemple bien net de l'avantage dû à des ponctions successives dans un article paru récemment dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Spencer Wells a cité plusieurs de ces cas.

On a été jusqu'à avancer que la ponction était nécessaire : l'irritation qu'elle entraîne donnerait la mesure de la tolérance du péritoine, si même elle ne contribuait pas à en diminuer la susceptibilité.

A côté de ces avantages, il faut étudier maintenant les dangers et les inconvénients de la ponction.

Le premier, heureusement rare, est la syncope. Elle peut être due à l'état nerveux de la malade, et se produire dès le début de l'opération. Au moment de la ponction, elle peut être due soit à l'hémorrhagie, soit à la déplétion trop brusque de la tumeur abdominale. La diminution rapide de la pression intra-abdominale, en faisant affluer le sang vers l'abdomen, ralentit la circulation encéphalique, d'où syncope, nouvel argument en faveur des trocarts peu volumineux.

C'est encore à l'emploi des trocarts trop gros qu'il faut rapporter la cause des hémorrhagies. Nous avons déjà parlé de l'hémorrhagie de la paroi abdominale et des moyens de la combattre ; il nous reste à signaler un danger. L'hémorrhagie, que l'on croit arrêter, le sang ne s'écoulant plus en dehors, peut continuer, et le sang tombe dans la cavité péritonéale. On est averti par les symptômes habituels de l'hémorhagie interne, et l'on devra agir comme pour l'hémorrhagie du kyste.

Celle-ci, due à la lésion d'un des gros vaisseaux qui sillonnent les parois du kyste, pourra être intra-péritonéale ou intra-kystique. Dans ces divers cas, le danger est réel, et si immédiat, que l'on ne devra pas hésiter à pratiquer l'ovariotomie d'emblée.

Mais si quelques gouttes de sang seulement sont tombées dans le péritoine, ce qui d'ailleurs ne saurait être révélé par aucun symptôme, le danger est beaucoup moins grand. On sait combien le péritoine jouit de la propriété d'absorber les liquides en contact avec sa paroi. Cet accident ne donne lieu, le plus souvent, à aucune réaction.

Il en est de même si quelques gouttes du liquide kystique, malgré toutes les précautions prises, viennent à tomber dans la cavité séreuse. Il faut cependant remarquer que les liquides très colorés, en raison même des éléments qu'ils contiennent, sont plus irritants, et partant plus dangereux.

Citons encore parmi les accidents pouvant se produire pendant la ponction, ou de suite après, la rupture du kyste, dans le cas de parois minces ou friables.

Les accidents qui peuvent éclater quelque temps après la ponction sont également nombreux. Ils tiennent à l'irritation soit du péritoine, soit du kyste, soit de la paroi abdominale.

La lésion causée par le trocart, la chute possible d'une quantité plus ou moins considérable de liquide ou de sang, enfin l'introduction, par la canule, de matière septique, expliquent suffisamment, surtout si l'on connaît l'irritabilité de cette membrane, les inflammations de la séreuse.

Elles peuvent revêtir plusieurs formes. La plus légère est celle que Gubler (*Journal de thérapeutique*, 1876) a décrite sous le nom de *péritonisme*. Présentant tous les symptômes de la péritonite proprement dite, douleurs, ballonnement, vomissement, etc., elle s'en distingue par l'apparition plus précoce et surtout par la durée bien moindre des accidents. Toujours suivi de guérison, le péritonisme diffère encore de la péritonite par l'absence de toute lésion anatomo-pathologique franchement inflammatoire. Son existence a été contestée. Mais les observations fréquentes d'accidents péritonéaux, à la suite desquels on ne trouvait à l'autopsie aucun vestige de fausses membranes, aucune lésion apparente, sont assez nombreuses pour en affirmer la réalité.

La péritonite proprement dite, soit franchement aiguë, soit purulente, est souvent due aux mêmes causes. L'état général de la santé peut aussi influer sur sa production. C'est ici surtout qu'il convient de rappeler l'influence désastreuse de l'introduction de matières septiques, et l'utilité des précautions destinées à l'éviter.

Nous avons déjà mentionné la persistance de l'orifice dans les parois du kyste et montré que l'immobilité absolue, imposée aux malades après la ponction, avait pour but de permettre l'isolement de cette ouverture par la production de néo-membranes. Ceci nous amène à parler du principal reproche que quelques auteurs font à la ponction, et du motif le plus sérieux qu'ils in-

voquent pour rejeter toute ponction antérieure à l'opération, je veux parler de la production de membranes adhérentes et des difficultés que celles-ci créent pour les opérations radicales ultérieures. Spencer Wells, dès 1858, a fait justice de cette objection. Sauf le cas cité plus haut, où la persistance d'un orifice dans les parois kystiques doit entretenir une irritation suffisante pour provoquer la production d'adhérences, il est rare de trouver à l'opération des adhérences au point où ont été faites des ponctions. D'ailleurs ces adhérences n'apportent pas d'obstacle sérieux à l'opération. Kœberlé est du même avis.

L'inflammation du kyste, et sa suppuration, accident assez commun pour Lee, se révèlent par de la fièvre, des vomissements, un état général semblable à celui de toutes les suppurations étendues et des symptômes locaux ou de voisinage, douleur, tympanisme, etc.

Spencer Wells l'attribue à l'entrée de l'air dans la cavité kystique, et recommande diverses manœuvres en vue de l'éviter. L'emploi de l'aspiration et des précautions indiquées met le plus souvent à l'abri de ce danger.

Il nous reste à parler des abcès et des phlegmons de la paroi abdominale. La crainte de cet accident a amené Sp. Wells à choisir la ligne blanche comme lieu de la ponction. S'il se produisait, on devrait rapidement ouvrir une voie au pus et craindre surtout le retentissement de l'inflammation sur le péritoine.

De l'étude attentive de ces avantages et de ces dangers, faut-il conclure, avec Sp. Wells, Duplay, Terrier et plusieurs autres, que la ponction préalable, vu l'absence de danger, l'utilité pour le diagnostic, et la chance de guérison radicale s'il sagit d'un kyste paraovarien, doit être toujours tentée ? Faut-il, au contraire, en raison de ces dangers, s'en abstenir le plus souvent et n'y avoir recours que si le diagnostic est incertain, ou si quelque symptôme, menaçant par lui-même, réclame une atténuation ? Nous savons que ces dangers peuvent généralement être évités. Il est difficile de répondre d'une façon absolue à ces questions, et j'hésiterais à me placer dans un camp à l'exclusion de l'autre. Pourtant si le diagnostic est sûr, si la fluctuation est bien établie, si la présence de masses dures et l'aspect bosselé de la tumeur permet d'affirmer l'existence d'un kyste multiloculaire, pourquoi s'exposerait-on à ces dangers, si minimes qu'ils soient ? Dans tous les autres cas, la ponction présentera des avantages si considérables, relativement à ses inconvénients, qu'en usant de tous les soins que nous avons indiqués, on aura le droit d'y recourir; c'est ainsi que vous me verrez agir quand l'occasion s'en présentera dans mon service.

(*Bulletin de Thérapeutique*).

COURRIER

D'un appareil d'Hennequin pour les fractures du fémur.

Notre arsenal chirurgical est tellement riche, à l'heure actuelle, que l'on ne peut ni tout connaître, ni, encore moins, tout retenir et que, dans nombre de cas, il est moins utile d'innover que de rappeler aux praticiens tel ou tel excellent appareil, soit encore inconnu de quelques-uns, soit oublié d'un plus grand nombre.

Aussi, ai-je pensé pouvoir être utile, le cas échéant, à quelqu'un des deux mille et quelques cents praticiens, lecteurs du « *Concours médical,* » en leur rappelant un excellent appareil, imaginé par Hennequin pour les fractures du fémur. Les dernières éditions de Jamain, le dictionnaire de Dechambre l'ont signalé, mais tous nous ne possédons pas, ni les éditions successives d'un même classique, ni le dictionnaire encyclopédique.

J'ai vu l'appareil que je vais essayer de décrire, dans un des plus grands services de chirurgie des départements, le service du professeur Duplouy (de Rochefort), l'un des plus éminents représentants de la chirurgie et de l'urbanité françaises.

Voici les quatre parties dont se compose cet appareil :

1° Une bande roulée depuis les orteils jusqu'au genou, par-dessus une épaisse couche d'ouate, afin de s'opposer au gonflement que pourrait amener le lac extenseur.

2° Le lac extenseur constitué par une longue cravate qui, d'abord, posée à plat, immédiatement au-dessus de la rotule, est ramenée ensuite en arrière, embrasse la face postérieure et supérieure des condyles fémoraux, sur lesquels se prend le principal point d'appui ; puis, après s'être entrecroisée sur les tendons qui forment la moitié supérieure du losange poplité (grâce auxquels la compression des vaisseaux est évitée), revient en avant se nouer au-dessous de l'insertion tibiale du ligament rotulien. Ce lac embrasse donc le genou par un huit de chiffre dont l'anneau supérieur contourne les condyles du fémur, et l'inférieur la tête du tibia. La jambe fait avec la cuisse un angle de 100° environ.

Enfin, les extrémités de ce lac sont nouées ensemble en avant et, de ce nœud, part une cordelette qui s'enroule sur une poulie fixée à une forte tringle de bois liée horizontalement au pied du lit, qu'elle dépasse de 1 m. 50 environ, à la façon d'une vergue. La cuisse *braquée* sur cette poulie sort donc du lit avec le bord duquel elle fait un angle de 50 à 60°, le pied reposant sur un tabouret, garni d'un coussin qu'il doit effleurer à peine.

3° La contre-extension est obtenue par une grande alèze roulée sur elle-même, comme une cravate, du volume du poignet et qui, placée à plat,

et par son milieu, sur le bas-ventre, au niveau du bord antérieur des os iliaques, est ramenée, de chaque côté, en arrière et en bas dans le pli fessier, remonte dans le pli génito-crural, — prenant point d'appui sur les ischions, — et, revenue de nouveau au devant des deux épines iliaques, où a lieu son intersection avec elle-même, remonte obliquement en haut et en dehors, croisant les hypochondres, se nouer, de chaque côté, à chaque colonne d'angle de la tête du lit.

4° Enfin, une courte gouttière ouatée soutient la cuisse et donne attache à une cordelette qui va s'enrouler à une seconde poulie accrochée sur le côté du ciel de lit, vers le milieu de sa longueur. Le bout de cette cordelette est à portée de la main du malade, et lui sert à élever ou à abaisser son membre blessé dans le sens vertical, comme il peut déjà le déplacer quelque peu dans le sens horizontal, grâce au poids qui, soit qu'il dcscende, soit qu'il remonte, exerce toujours une traction uniforme.

Cet appareil se compose donc en résumé :

D'un bandage roulé, allant du pied au genou ;

D'une cravate en huit de chiffre embrassant l'extrémité inférieure du fémur et supérieure du tibia ;

D'un bâton de 1 m. 50, environ, lié solidement au pied du lit, transversal et horizontal, comme une vergue, et d'une poulie à l'extrémité de ce bâton ;

D'une ficelle partant du nœud antérieur de la cravate et qui, après s'être enroulé à la poulie, supporte un poids qui est approximativement de 5 kilos pour un adulte ;

D'une longue alèze roulée qui, posée sur le bas-ventre, contourne la racine des deux cuisses, remonte par le pli de l'aine et va, de chaque côté, se nouer à chaque coin de la tête du lit ;

Enfin, d'une courte gouttière, supportant la cuisse, et donnant attache à une petite corde enroulée à une poulie, placée verticalement au dessus, et, au moyen de laquelle, le malade, déjà libre de mouvoir son membre dans le sens horizontal, peut encore le déplacer verticalement.

Voilà donc un appareil d'une simplicité extrême et peu coûteux, puisque les pièces les plus compliquées en sont deux petites poulies qu'on peut remplacer par des roulettes de fauteuil, et une gouttière qu'on peut faire en carton ou en zinc ;

Qui se charge de faire seul et de maintenir sans cesse la coaptation et l'extension ;

Qui est admirablement supporté par les malades auxquels il permet de s'allonger, de se remonter, de s'asseoir, sans que rien vienne à bouger ;

Enfin, qui maintient la cuisse découverte, et permet ainsi de surveiller, à chaque instant, la rectitude du fémur, le travail de consolidation ; et, par des mensurations journalières, de veiller au raccourcissement.

Que de fois, enlevant un appareil de fracture de cuisse posé selon toutes les règles, et après une coaptation laborieuse, au bout de cinquante, soixante jours et plus, n'a-t-on pas été péniblement surpris de trouver un cal angulaire, du raccourcissement, parfois même, un défaut de consolidation !

Avec cet appareil, rien de semblable n'est à redouter, nous affirmait le professeur Duplouy, car, dans le service très actif qu'il dirige, et où les fractures, que les manœuvres d'artillerie, de machines, que les chutes de la mâture, et les accidents des ateliers font monnaie courante, toujours il en aurait obtenu d'incomparables résultats.

Ce serait une application chirurgicale du précepte : *citò, sutò et jucundè*, et nous remercions, pour notre part, cet excellent et aimable maître du soin qu'il a pris de nous exposer les mérites d'un aussi précieux appareil. Dr Em. PINEAU,

(*de Château d'Oléron, Charente-Inférieure*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DE LA CORRÈZE.

Nous recevons, sur la formation de ce Syndicat, de nouveaux détails que nous empressons d'insérer.

Monsieur et honoré directeur,

La première réunion a eu lieu le 19 août. Etaient présents :

Les Drs Longy, d'Eygurande ; Boyeret, Pasquet, d'Uzerche ; Vergne, Maschat, Valette, Alfred, de Chommart ; Faugeyron, de Tulle ; Soularue, de Tulle ; Masmonteil, de Treignac ; Peyrat, de Chanteix ; Moulins, d'Argentat ; Bardon, d'Objat ; Chiniat, de Vigeois ; Dellestable, de Neuvie ; Gondounèche, d'Ussel ; Umimky, de Seillac ; Roumieux, de Saint-Privat ; Masson, de Saint-Félix de Ligimac.

Avaient donné leurs adhésions et leurs pouvoirs : les Drs Debord, de Lubersac ; Dumont, de Vignol ; Dauzat, de Saint-Etienne au Clos ; Forget, de Saint-Etienne au Clos ; De Labernardie, Bruyère, d'Uzerche ; Bénet du Jasonnier, de Meymac ; Labrousse, d'Allassac ; Bosche, de Brives ; Laffargue, de Brives ; Durieux, de Juillac ; Billot, de Corrèze ; David, de Lagraulière ; Sikova, Madrange, Vialaneix, d'Eglétene ; Mettas, Mauranges, de Chamberet ; Fluyssac, de Trugnac ; Monglen, de Sornac ; Bayle, de Bugeat.

Le Dr Longy, doyen d'âge, a pris la présidence, assisté, comme secrétaire du Dr Maschat, le plus jeune confrère et des Docteurs Pasquet et Masmonteil comme assesseurs.

Après quelques discussions, on a voté les statuts puisés en général dans le *Concours*.

La Chambre syddicale a été ensuite constituée de la façon suivante :

Président, PASQUET ; *Secrétaire-trésorier*, MASMONTEIL ; *Syndics*, GONDOUNÈCHE et MASSIN de Saint-Félix ; CHIMAT et BARDON.

Un banquet confraternel, plein d'entrain et de cordialité a réuni un grand nombre des confrères syndiqués présents.

Ce début est plein de promesses. Plus de quarante confrères ont répondu à un premier appel. Pleins d'ardeur pour la bonne cause, ils sauront faire des prosélytes, et le nombre des dissidents ira chaque jour en diminuant.

Pourquoi donc les Syndicats ne s'établissent-ils pas plus facilement? C'est que le médecin de campagne vit dans l'isolement et ignore ce qui se passe ailleurs que chez lui. Cette ignorance du but et du fonctionnement d'un Syndicat en a retardé chez nous l'établissement. Dans cette pensée, j'ai redigé un petit exposé des motifs que j'ai lu à notre réunion, je vous l'adresse, heureux si le *Concours* peut l'utiliser, et s'il contribue à la propagation de notre œuvre.

Le Dr Pasquet et moi avons répandu un grand nombre de formules d'adhésion, j'espère que le prochain *Concours* m'apprendra que les Corréziens s'engagent résolument dans notre Société.

Recevez, je vous prie, Monsieur, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels. Dr Masmonteil.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement méthodique de la Neurasthénie, par **Weir-Mitchell**, traduit par le Dr **O. Jennings.** Paris, O. Berthier, éditeur, 184, Boulevard Saint-Germain; Prix 4 fr.

M. le Dr O. Jennings présente au public médical français la traduction d'un volume qui a obtenu un grand succès en Angleterre et en Amérique.

Sans donner une définition précise de ce terme nouveau *Neurasthénie*, le Dr Weir Mitchell l'emploie pour désigner certains états pathologiques qu'on observe le plus souvent chez des femmes, et caractérisés par une sorte d'épuisement nerveux, de faiblesse fonctionnelle des organes, coïncidant en général avec un amaigrissement plus ou moins prononcé. Les troubles physiques consistent en vertiges, palpitations, névralgies diverses, dyspepsie opiniâtre avec dégoût des aliments. Le moindre effort s'accompagne d'une fatigue excessive; la marche devient quelquefois impossible, et le séjour au lit se prolonge pendant des semaines et des mois. En même temps, les malades deviennent impressionnables, fantasques, capricieuses; leur désir d'attirer l'attention se traduit par l'exagération des souffrances réelles, la conception des souffrances imaginaires et la tendance à la simulation. Les troubles fonctionnels, qu'ils soient sous la dépendance de l'hystérie, de la chlorose, sont une cause incessante de tourments et de tracas pour l'entourage de la malade, et deviennent une source de déceptions et de découragement pour le médecin qui voit successivement échouer tous les moyens thérapeutiques.

Le traitement méthodique préconisé par le Dr Weir Mitchell, parfaitement indiqué dans ce volume, paraît avoir donné des résultats assez satisfaisants; des observations personnelles, autorisent M. le Professeur Ball (voir introduction) à le recommander.

Se basant sur ce fait, que tout individu possède normalement une certaine quantité de graisse dont la perte ou la diminution notable est toujours l'indice d'un affaiblissement ou d'une déchéance nutritive, le Dr Weir Mitchell espère, avec le retour de l'embonpoint, avec la réapparition de la quantité de graisse physiologique, ramener un état de nutrition prospère, une augmentation du nombre des globules rouges, obtenir, en un mot, la guérison des malades. Il nous paraît au moins aussi rationnel de considérer le retour de l'embonpoint, comme le résultat du fonctionnement plus régulier des organes: quoiqu'il en soit, passons rapidement en revue les détails du traitement.

La malade devra d'abord être rigoureusement isolée, complètement séparée de ses parents, de ses amis, dont les sympathies mal éclairées, la condescendance trop facile aux moindres caprices, contribuent à entretenir une disposition morale des plus fâcheuses, elle devra être confiée aux soins d'une garde-malade instruite et intelligente, chargée de surveiller et d'exécuter le traitement. Le repos au lit sera complet, absolu, à tel point, que la garde-malade devra intervenir pour faire exécuter les moindres mouvements, pour donner à manger. Pour prévenir les inconvénients de ce repos absolu, un massage méthodique devra être pratiqué chaque jour et combiné avec l'emploi de courants induits à interruption lente. Au début, et tant qu'il existe des troubles dyspeptiques, la malade est soumise au régime lacté; puis le régime est progressivement augmenté, jusqu'à ce qu'on arrive à la suralimentation. On peut aussi faire prendre aux malades trois repas complets par jour avec trois ou quatre litres de lait et une certaine quantité d'extrait de malt liquide. L'huile de foie de morue, le fer, le sulfate de strychnine, suivant les cas, complètent ce traitement. S. Baudry.

NOUVELLES

Statistique des maladies vénériennes par armes et par grades. — Des tableaux dressés par M. le professeur Mathieu, du Val-de-Grâce, il résulte qu'à nombre égal, les sous-officiers, mieux rétribués, comptent plus de vénériens que les soldats; la différence est comme 74 est à 60. Puis, parmi les militaires de tous grades, mais d'armes différentes, les plus éprouvés sont ceux qui touchent la meilleure solde. L'échelle est croissante pour 1,000 hommes d'effectif:

Infanterie 49	solde par jour	0,25
Cavalerie 63	—	0,35
Artillerie 67	—	0,45
Sapeurs-pompiers 109	—	0,95
Gendarmerie mobile 120	—	2,50

Il y a d'honorables exceptions: la garde républicaine, qui a la solde de la gendarmerie et qui compte 72 vénériens pour 1,000 hommes, et non 120; le génie, payé comme l'artillerie, et dont le chiffre est 55, au lieu de 67. (*Paris-médical*).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

29 Septembre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 3

SOMMAIRE

BULLETIN

La discussion sur l'action antiseptique des sels de cuivre est, on se le rappelle, pendante à l'Académie, depuis les dernières communications de M. Burq.

M. *Bochefontaine* a fait, sur cette question, quelques expériences, dont M. *Ball* vient aujourd'hui exposer le résultat. La conclusion de l'auteur est que, si le sulfate de cuivre est capable d'agir sur l'élément contagieux du choléra, son action ne s'exerce pas sur les vibrioniens ni les germes microbiques.

M. *A. Béchamp* (de Lille), revient sur la théorie du microzyma dans ses rapports avec le choléra, les maladies contagieuses et les quarantaines.

A la théorie des *germes préexistants*, lesquels auraient été créés à l'époque indéterminée où tout ce qui est vivant a été créé, où la vie a apparu sur le globe, en même temps que les grands animaux, et en vue de les rendre malades et de les faire périr, M. Béchamp oppose les *microzymas* qui font partie de nous-mêmes à un titre plus intime qu'aucune de nos cellules et de nos organes, puisqu'ils sont les éléments autonomes, vivant par eux-mêmes, qui ont servi et servent à les constituer.

Ces microzymas, ou ferments microscopiques, il n'y a pas lieu de chercher leur origine ailleurs que dans l'œuf, dans le vitellus duquel on les trouve dès le principe : ils vivent, se développent, se transforment et peuvent, dans le cours de leur évolution, changer de fonction. C'est ainsi que, sous une influence pathologique quelconque, de normaux ils deviennent morbides, et constituent les différentes espèces de bactéries.

Mais, dans aucun cas, le microzyma, organite normal devenu organite morbide et morbifique, ne saurait être regardé comme un parasite dans cet organisme qu'il a servi à constituer, et dont il est partie intégrante, — pas plus que la rate, les reins ou le foie, devenus malades, ne sont des parasites dans notre économie : les uns et les autres sont des hôtes momentanément incommodes ou dangereux, mais que l'on a toujours le droit d'espérer ramener au mode normal de leur fonctionnement.

Enfin, ce que l'on appelle les germes de l'air, abstraction faite des spores et autres organismes accidentels qui s'y peuvent rencontrer, sont essentiellement des microzymas identiques de forme, avec les microzymas des êtres organisés, dont ils sont issus.

Telle est la théorie, aussi simplifiée que possible, du microzyma ; comment cette théorie explique-t-elle la contagiosité des maladies? M. Béchamp a renvoyé à une prochaine séance pour compléter sa communication sur ce point.

M. *A. Ollivier* lit une observation qui, suivant lui, serait de nature à faire comprendre la diphthérie dans le nombre des maladies susceptibles de causer la mort du fœtus, et, par conséquent, l'avortement. De cette observation il semble res-

sortir simplement que la diphthérie, comme toutes les maladies graves, met en danger la vie du fœtus, et non pas qu'entre la mort de celui-ci et la nature de l'affection il y a une relation directe, nécessaire et fatale. Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

DES ARTHROPATHIES PSEUDO-RHUMATISMALES DANS LES MALADIES INFECTIEUSES.

Si, dans l'ordre politique, on peut contester l'opportunité de la révision fréquente des constitutions qui régissent les peuples, dans l'ordre scientifique, il n'en saurait être de même en ce qui concerne les classifications. Car, s'il n'est pas inouï dans l'histoire qu'une nation, l'Angleterre par exemple, ait marché d'un pas ferme et rapide dans la voie du progrès en s'appuyant sur des institutions vieillies et démodées, il faut, au contraire, renoncer à toute amélioration dans la pratique de notre art, si les classifications ne sont pas remaniées chaque fois que la nosologie traditionnelle cesse d'être en harmonie avec les découvertes cliniques récentes.

Aussi ne se passe-t-il de jour que nous n'assistions au démembrement, à la dissociation d'une des grandes individualités morbides du passé, et cette incessante révision est féconde en heureux résultats

I

Ainsi, combien d'affections dissemblables se trouvaient confondues par nos devanciers, sous le nom général de rhumatisme, simplement « parce qu'elles comptent l'arthrite au nombre de leurs manifestations. Mais, de même que le refroidissement, que la fluxion, que la douleur, que la soudaineté et la mobilité des phénomènes fluxionnaires ou douloureux ne caractérisent pas essentiellement ce qui est rhumatismal, de même l'arthrite n'est pas caractéristique du rhumatisme. Cela ne fait pas doute pour l'arthrite du traumatisme; c'est également admis pour les arthrites scrofuleuses, syphilitiques, goutteuses, pour celles de l'infection purulente ou de la morve. C'est vrai également pour d'autres arthropathies solitaires ou multiples, pour les pseudo-rhumatismes, de l'érysipèle, de la dysenterie, des angines, de certaines bronchites purulentes, de la scarlatine, de la variole, et pour ces autres pseudo-rhumatismes essentiellement différents les uns des autres, qu'on a indûment réunis sous le nom de rhumatisme génital, qui compliquent la blennorrhagie, le cathétérisme, la menstruation, la dysménorrhée membraneuse, la grossesse, les suites de couches, l'allaitement, la ménopause, la chlorose et l'hystérie. Au cours de ces divers états morbides, accidentels ou physiologiques, le rhumatisme vrai peut se développer. Théoriquement, ce n'est pas impossible; effectivement, c'est infiniment rare. Le rhumatisme faux, l'arthrite secondaire, le pseudo-rhumatisme est incomparablement plus fréquent » (1).

Il faut savoir gré à l'éminent professeur de pathologie générale qui a écrit ces lignes, d'avoir aussi hardiment porté la hache sur le séculaire rhumatisme, pour en élaguer toute végétation parasite; ainsi dégagé, il n'en régnera que plus droit et plus fort.

Nous le reconnaîtrons toujours à ces « accès de polyarthrites aiguës fluxionnaires, précédés quelquefois et toujours accompagnés d'un état fébrile, avec acidité des humeurs, dans le cours desquels surviennent, avec une fréquence remarquable, des complications définies, des inflammations non suppuratives qui affectent de préférence les tissus séreux, le péricarde, l'endocarde, les plèvres, les gaînes tendineuses. » — Nous n'oublierons pas que « ces accès de polyarthrites sont précédés ou sont suivis, à courts ou à longs intervalles, par d'autres maladies qui se répètent avec une remarquable fréquence chez les hommes qui ont souffert ou qui doivent souffrir de rhumatisme aigu. Ce sont les névralgies, les migraines, le lumbago, l'asthme, certaines dermatoses. Ce sont, enfin, d'autres maladies qui présentent avec le rhumatisme des parentés moins fréquentes et qu'on peut retrouver également chez le rhumatisant et dans la famille du rhumatisant: la goutte, la gravelle, le diabète, l'obésité. »

Bien mieux défini ainsi par l'ensemble de ses caractères cliniques et ses parentés morbides, que par telle ou telle caractéristique étiologique, anatomique, chimique ou thérapeutique tour à tour invoquée (action du froid, lésion des système musculaire et fibreux, uricémie, spécificité de l'acide salicylique), — le rhumatisme vrai ne sera donc plus confondu avec les pseudo-rhumatismes, c'est-à-dire avec des manifestations articulaires qui, tantôt se rattachent à un certain trouble de la nutrition, comme dans la grossesse, l'allaitement, la chlorose; tantôt sont liées à une intoxication, comme dans le saturnisme; tantôt, enfin, et le plus souvent, sont symptomatiques d'une maladie infectieuse, bien définie et classée, ou encore mal connue.

C'est à la connaissance de ces dernières que nous initie le travail si remarquable de M. P. Bourcy (2). Le terme de pseudo-rhumatismes, appliqué à ces manifestations articulaires, a été critiqué; M. Lancereaux et un de ses élèves, M.

(1) Ch. Bouchard. Maladies par ralentissement de la nutrition, 1882.

(2) Des déterminations articulaires des maladies infectieuses (pseudo-rhumatismes infectieux). Thèse, Paris, 1883.

L.-P. Bazin (1) préfèrent le mot arthrite, « qui est moins significatif et permet de réserver la nature de la maladie. Car, ou bien l'affection décrite est de nature rhumatismale, et, dès lors, elle a tous les droits à l'appellation de rhumatisme, ou bien au contraire, elle n'emprunte rien à cette origine, et, dans ce cas, n'est-il pas tout au moins inutile d'exposer à une confusion? » — Le terme arthrites nous paraît même trop défini anatomiquement pour convenir à des lésions assez variables; aussi adoptons-nous celui d'arthropathies.

II

Après d'interminables et retentissantes discussions sur le *rhumatisme blennorrhagique*, il semble qu'aujourd'hui la lumière soit faite en ce qui concerne la nature de cette affection. Tant qu'on a pu considérer la blennorrhagie comme une inflammation purement uréthrale ou vaginale, on a pu aussi ne voir dans les manifestations articulaires qui l'accompagnent trop souvent, qu'un rhumatisme véritable, coïncidant fortuitement avec elle, ou peut-être réveillé par elle chez un individu prédisposé.

Mais, maintenant, combien de médecins nient la nature spécifique, infectieuse de la blennorrhagie? Avant qu'on eût songé à en rechercher le microbe générateur, au nom de la seule clinique, un des observateurs les plus distingués de l'époque précédente, Pidoux, disait de certains blennorrhagiques : « La pâleur, l'expression terne du regard, quelque chose de relâché dans les traits du visage, un peu d'amaigrissement rapide et de décoloration blafarde de la peau semblent décéler chez eux l'existence d'une maladie ancienne et grave. Et cependant, il ne s'agit que de l'inflammation de 1 à 2 centimètres d'un canal muqueux très étroit, avec sécrétion d'une quantité plus ou moins grande de muco-pus. » C'est que le catarrhe uréthral n'est qu'un élément, la porte d'entrée de l'agent infectieux dans l'organisme ; que cet agent soit ou non le microbe vu par Hallier, Salisbury, Neisser, cultivé par Bouchard et Capitan, la blennorrhagie est bien une maladie générale infectieuse. Est-il surprenant, dès lors, que son évolution puisse être accidentée d'arthropathies, aussi bien que d'ophthalmies ou de purpura?

Sans doute, on peut avoir à la fois la blennorrhagie et le rhumatisme vrai, mais dans la proportion seulement où le rhumatisme peut coïncider avec n'importe quelle affection : une fois sur 640, tandis que le rhumatisme blennorrhagique se montre une fois sur 50 blennorrhagies, c'est-à-dire avec une fréquence treize fois plus grande.

La blennorrhagie n'étant pas une vaccine contre le rhumatisme, on rencontre parfois, au cours de la blennorrhagie, des arthrites qui présentent tous les caractères généraux et locaux de l'accès rhumatismal franc; mais, douze fois plus souvent, les arthrites blennorrhagiques ont cette physionomie particulière d'être apyrétiques en général, mono-articulaires d'emblée ou, après avoir effleuré un petit nombre d'articulations, de se fixer avec ténacité sur une seule ; elles ont le caractère de l'arthrite plastique, elles tendent à l'ulcération des cartilages et à l'ankylose fibreuse; elles ne sont nullement influencées par le salicylate de soude ; les endocardites et les péricardites, si fréquentes dans le rhumatisme vrai, sont extrêmement rares dans l'arthrite blennorrhagique ; au contraire, une autre complication, rare dans le rhumatisme vrai, est ici particulièrement fréquente, l'iritis.

On a dit que le traitement imposé aux malades atteints de blennorrhagie est capable de faire naître chez eux le rhumatisme. Les balsamiques sont bien incapables de provoquer des arthrites. Quant aux bains, on les prescrit aussi bien aux malades atteints de chancre; voit-on, chez eux, se développer le rhumatisme?

Que de rhumatisants contractent la blennorrhagie sans être exposés à une récidive de leurs arthrites. Par contre, les malades qui ont eu une blennorrhagie avec arthrite seront trop souvent atteints d'inflammations articulaires, et même d'iritis à l'occasion d'une blennorrhagie nouvelle, mais on ne leur verra pas de manifestations articulaires en dehors de la blennorrhagie.

Une dernière objection contre la théorie des arthropathies blennorrhagiques a été que la blennorrhagie détermine les arthrites en tant qu'uréthrite au même titre que le cathétérisme dans certain cas. Mais il faut se rappeler que, dans les cas très rares où un cathétérisme, ayant violenté l'urèthre, a été suivi d'arthrite, celle-ci était presque toujours suppurative, étant de la nature des infections traumatiques.

Pour tous ces motifs, nous croyons à la nature spéciale et à l'origine infectieuse des arthropathies de la blennorrhagie. Il ne faudrait pas croire qu'il s'agisse là seulement d'une question doctrinale ; il en découle à nos yeux une indication thérapeutique précise.

Connaissant les caractères propres à ce genre d'arthropathies, leur tendance à l'ankylose des jointures, nous n'attendrons pas patiemment, comme nous pourrions le faire en présence des arthropathies rhumatismales, que la disparition du processus général entraîne celle de la manifestation articulaire; mais, par des révulsifs énergiques et réitérés (vésicatoires, ignipuncture), par l'emploi judicieusement alternatif de l'immobilisation et de la compression, puis du massage et des mouvements forcés, par les modificateurs généraux et locaux, bains sulfureux, toniques, douches chaudes, nous nous efforcerons d'obtenir la guérison intégrale.

III

Il y a longtemps que les manifestations articu-

(1) Contribution à l'étude des arthrites dans la fièvre typhoïde. Thèse, Paris, 1883.

laires de la *pyohémie* ont été décrites par les chirurgiens. Après les frissons du début, et en même temps que se forment des abcès multiples dans les différents viscères, diverses articulations sont le siège de douleur et de tuméfaction. Le pus s'y forme plus ou moins rapidement, mais il n'est pas rare de trouver à l'autopsie la plupart des grandes articulations pleines de pus.

Certaines maladies présentant, à titre de complications, des eschares, des surfaces suppurantes, peuvent, par le mécanisme de la pyohémie, engendrer des arthrites. Il pourrait en être de même, ainsi que l'a vu Gerhardt, chez des malades atteints de dilatation des bronches et sécrétant habituellement une grande quantité de pus.

Les arthrites qui surviennent dans le cours de la *puerpéralité* sont de deux sortes. Les unes sont des arthrites pyohémiques consécutives à la phlébite des sinus utérins: les autres ont donné lieu à des discussions assez analogues à celles qui ont eu pour sujet le rhumatisme blennorrhagique.

Ollier ne croit pas qu'il y ait d'arthrite puerpérale à proprement parler, c'est-à-dire liée à cet état, et lui empruntant un cachet spécial. L'état puerpéral exposerait seulement les articulations à subir l'action du froid lorsqu'il y a prédisposition au rhumatisme; et, si ces arthrites suppurent souvent, plus souvent que les arthrites rhumatismales, ce serait à cause de l'appauvrissement du sang, de la pléthore séreuse des femmes nouvellement accouchées.

Tel n'est pas l'avis de la plupart des médecins, et M. Quinquaud, notamment, a la conviction que les manifestations articulaires sont des manifestations directes du puerpérisme infectieux. Parmi ses arguments, nous relèverons l'absence d'antécédents rhumatismaux chez la plupart des puerpérales à manifestations articulaires; la fixité, la ténacité de la lésion articulaire dans le puerpérisme, où manque ce trio en quelque sorte rhumatismal : mobilité, irrégularité, instabilité; la rareté des manifestations cardiaques; le pronostic sévère et la résistance à la médication, caractère des pseudo-rhumatismes infectieux, par opposition au pronostic généralement bénin du rhumatisme vrai, quand il est dénué de complications.

Parmi les fièvres éruptives, c'est assurément la *scarlatine* qui a le privilège des manifestations articulaires. La nature de celles-ci a soulevé trois théories : les uns ont vu une analogie, presque une identité de nature, entre la scarlatine et le rhumatisme, d'autres ont admis que le rhumatisme vrai se superpose à la scarlatine, appelé peut-être par elle; les autres ne voient dans les déterminations articulaires, comme dans les manifestations cutanées, qu'un effet d'une cause unique, l'intoxication scarlatineuse. La première hypothèse est insoutenable, la seconde peut être vraie dans un certain nombre de cas, mais non dans tous.

Lorsqu il s'agit de sujets indemnes d'antécédents arthritiques ou rhumatismaux, lorsque les arthropathies nées dans le cours de la maladie infectieuse disparaissent avec elle sans créer pour l'économie de prédisposition à de nouvelles manifestations articulaires; qu'elles intéressent un petit nombre de grandes jointures et ne présentent aucune mobilité; et surtout, lorsqu'elles suppurent et entraînent la mort, s'accompagnant de lésions viscérales, au même titre que toutes les arthropathies des maladies infectieuses, — comment, alors, leur refuser le caractère infectieux ?

Rares dans la *variole*, les arthropathies y sont multiples et suppurées d'emblée.

Elles sont plus rares encore dans la *rougeole*; leur existence est établie, mais leurs caractères encore mal fixés.

Nous pouvons dire la même chose des manifestations articulaires de la *méningite cérébro-spinale* épidémique, maladie à caractère infectieux bien net.

Les accidents rhumatoïdes, signalés de temps en temps dans les *oreillons*, ont conduit M. Bergeron à rapprocher la fièvre ourlienne du rhumatisme. Mais « comment assimiler une affection constitutionnelle, souvent héréditaire, éminemment sujette aux rechutes comme le rhumatisme, à une maladie accidentelle, épidémique, contagieuse, conférant l'immunité comme les oreillons ? » Et, dès lors, comment ne pas en assimiler les arthropathies aux autres pseudo-rhumatismes infectieux?

L'arthrite de l'*érysipèle*, « si elle ne suppure pas, dit M. Gosselin (1), se comporte comme toute autre arthrite non suppurante d'origine infectieuse, comme celle de l'état puerpéral par exemple; elle se termine par résolution avec retour des mouvements, ou avec ankylose incomplète, pendant que l'érysipèle, de son côté, marche vers la guérison.

« Si, au contraire, elle suppure, et si la suppuration se fait jour au dehors, avant que l'érysipèle soit terminé, la maladie est aggravée par les conséquences possibles de l'arthrite suppurée. » Les arthropathies sont plus communes dans l'érysipèle chirurgical que dans l'érysipèle médical.

Les déterminations articulaires sont exceptionnelles dans la diphthérie.

Il peut survenir, à toutes les périodes de la *fièvre typhoïde*, des complications articulaires, dit M. Bazin, dans le travail déjà cité. Ces arthrites n'ont rien de commun avec le rhumatisme articulaire. Elles ne retentissent pas sur la séreuse cardiaque et ne sont pas modifiées par le salicylate de soude. Ces arthrites ont une tendance marquée à la suppuration. Leur pathogénie paraît devoir être rapportée à l'intoxication typhique elle-même; car, dans cette maladie où l'organisme cherche à éliminer par toutes les voies le poison qui l'encombre, on peut admettre que, suivant l'expression de M. Bouchard, il se fasse, sur les séreuses articulaires, des décharges bactériennes, comme il s'en produit sur les émonctoires rénal et cutané, pour donner naissance à la néphrite infectieuse et à l'ecthyma critique.

(1) Dict. Jaccoud. Article Erysipèle.

L'arthrite coxo-fémorale a été surtout observée.

Au point de vue du pronostic, il convient d'être assez réservé; car si, dans beaucoup de cas, le retour à l'intégrité des parties affectées s'opère, on a souvent aussi observé la luxation spontanée de la jointure sous l'influence des moindres mouvements, comme le transport d'un lit dans un autre. Ces arthropathies peuvent s'accompagner d'inflammation des gaînes tendineuses voisines, d'abcès péri-articulaires et d'atrophies musculaires considérables.

Les arthropathies dans la *dysentérie* étaient déjà signalées par Hippocrate ; elles ont préoccupé beaucoup les médecins des deux derniers siècles, mais c'est de notre temps, seulement, qu'on semble en avoir entrevu la vraie nature. — « A une période avancée de l'affection, jamais avant le deuxième septénaire, souvent dans la convalescence, parfois dans les premiers jours qui suivent la complète guérison, surviennent, chez certains malades, soit dans les cas sporadiques, soit dans les épidémies, sous l'influence d'une constitution médicale particulière, des manifestations articulaires, sans que l'âge, le sexe, la gravité même de l'affection primitive entrent le moins du monde en ligne de compte.

Le début est variable : quelques frissonnements légers sans frisson véritable, un malaise mal défini, une rachialgie suggérant souvent l'idée de variole commençante, une faible élévation thermique (de 38° à 39°), bien connue seulement depuis l'application du thermomètre à la clinique, un pouls à peine accéléré (80 à 90), voilà pour les phénomènes initiaux.

Puis la détermination articulaire s'accuse : tantôt une seule jointure est atteinte, l'articulation sterno-claviculaire, par exemple, (si fréquemment touchée aussi dans le pseudo-rhumatisme blennorrhagique); tantôt plusieurs articulations grandes et petites sont touchées simultanément; tantôt, enfin, de plusieurs jointures prises ensemble, une seule reste malade, les autres revenant à l'état normal.

La douleur est variable; peu considérable le plus souvent, parfois exaspérée, parfois, au contraire, soulagée par la pression; la rougeur des téguments est généralement diffuse et peu intence; quant au gonflement, il affecte tous les intermédiaires entre la jointure à peine déformée et cet épanchement synovial dont parle Trousseau « assez considérable pour amener la rupture de la capsule. »

Cependant, le flux dysentérique ne se modifie guère; les selles, de sanguinolentes, deviennent quelquefois jaunâtres, rarement diminuent, très rarement disparaissent.

Les arthropathies dysentériques guérissent, en général, complètement après un temps très variable de vingt jours à quatre mois; les raideurs, l'ankylose sont rares; la suppuration même a été observée.

L'*infection farcino-morveuse* s'accompagne en général, cela est connu depuis longtemps, d'arthropathies d'intensité variable, présentant tous les intermédiaires entre la simple manifestation douloureuse sans substratum anatomique, et l'arthrite suppurée avec destruction des extrémités osseuses et cartilagineuses, fusées purulentes extra-articulaires, survenant à une période quelconque et dans n'importe quelle forme de la maladie.

La *syphilis* s'accompagne, à toutes ses périodes, de déterminations articulaires, dont le caractère infectieux n'est pas à démontrer.

Ce sont d'abord des arthralgies contemporaines des premières manifestations secondaires, intéressant surtout les épaules, les genoux, les poignets, les coudes et les chevilles, c'est-à-dire, les grandes articulations; celles-ci ne sont ni chaudes, ni douloureuses; on perçoit parfois des craquements articulaires. Puis ce peuvent être de véritables arthrites subaiguës, gonflement avec légère tension de l'articulation, rougeur diffuse et peu intense de la peau, en même temps que malaise général, courbature, abattement, insomnie. En même temps que plusieurs articulations, plusieurs bourses séreuses ou gaînes tendineuses peuvent être prises, ce qui légitime bien l'appellation de pseudo-rhumatisme, sous laquelle M. Fournier a désigné depuis longtemps cet état.

On peut encore rencontrer une hydarthrose plus ou moins abondante, sans caractère spécial, sans autre cause accidentelle ou diathésique que la syphilis.

La *pneumonie* qui, dans certains cas au moins, revêt toutes les allures d'un processus infectieux, ainsi que nous en avons, après beaucoup d'observateurs, publié quelques cas (1), peut présenter des déterminations articulaires : arthropathies à caractère essentiellement fixe, intéressant une ou plusieurs jointures, mais se limitant, soit d'emblée, soit très rapidement, à un petit nombre, présentant toutes les variétés possibles dans l'intensité de la rougeur et du gonflement au niveau des articulations atteintes, pouvant intéresser isolément ou simultanément tous les tissus articulaires et péri-articulaires, s'accompagnant d'albuminurie, de phénomènes généraux graves et coïncidant avec la présence de parasites dans l'urine et dans le liquide des séreuses enflammées. N'est-ce pas bien là un pseudo-rhumatisme pneumonique dû à l'action sur les jointures du même élément infectieux qui détermine la lésion pulmonaire?

Enfin, sous le nom de *pseudo-rhumatismes infectieux proprement dits*, M. Bouchard comprend les déterminations articulaires qui accompagnent certains états pathologiques encore non classés nosologiquement, mais appartenant évidemment à la catégorie des maladies infectieuses; ces arthropathies se terminant souvent par suppuration, on en arrive à penser que la plupart des cas de rhumatisme articulaire aigu suppuré, rapportés par les auteurs, sont des faits de ce genre.

(1) Union médicale. Les pneumonies infectieuses, 1883.

« Ces pseudo-rhumatismes tuent rapidement les malades avec des accidents typhoïdes suraigus, ou bien, si l'état général est moins intense, ils laissent persister, pendant des mois, l'inflammation articulaire, et aboutissent à l'ankylose fibreuse ; ils respectent généralement le cœur et frappent habituellement les reins ; ils résistent au salicylate de soude. »

Au point de vue THÉRAPEUTIQUE, nous ne pouvons évidemment aboutir qu'à des conclusions presque négatives, c'est-à-dire que nous ne devons pas en demander la guérison aux moyens qui réussissent d'ordinaire dans le vrai rhumatisme.

Le traitement général des processus infectieux, médicaments propres à éliminer le poison par toutes les voies : diurétiques, purgatifs, sudorifiques ; puis les toniques, l'alcool et le sulfate de quinine sont tout indiqués.

Enfin, le traitement local variera suivant la variété de l'arthrite, hydarthrose, arthrite plastique ou suppurée, et il est d'ordre chirurgical.

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

CAISSE DES PENSIONS DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

A

Monsieur le Directeur et très honoré Confrère,

Depuis la fondation du *Concours* surtout, et même avant, j'ai été un des premiers, vous le savez, à agiter la question si importante des rentes viagères, et je dirai que la véritable consécration de notre nouvelle société était précisément dans la réalisation de ce projet, qui devra procurer à chacun de nous, indistinctement, le bien-être matériel, alors que les années ou les infirmités auront annoncé l'heure de la retraite.

Aussi je souscris des deux mains aux résolutions qui ont été prises dans notre dernière Assemblée générale, à laquelle je me faisais un plaisir d'assister avec mon excellent confrère, le Dr Gérard. Lui, du moins, a eu la bonne fortune de passer quelques instants agréables au milieu de vous. Il nous a communiqué ses impressions de l'excellent souvenir qu'il a conservé de cette réunion ; et je vois avec réelle satisfaction que nos confrères, qui sont à la tête du *Concours*, s'occupent, avec une ardeur toujours nouvelle, des intérêts matériels du corps médical. Cette question d'existence est capitale ; elle prime toutes les autres. Du moment où chacun de nous sera parfaitement certain d'avoir, à la fin de sa carrière, une rente qui lui permette de vivre honorablement, cette lutte journalière de l'existence sera moins rude et l'avenir plus souriant. Les soucis, les fatigues inhérents à notre profession seront mieux supportés et, s'accommoder de l'ingratitude humaine sera une des vertus professionnelles. De ce jour, soyez-en sûr, la profession médicale entrera vraiment dans une ère de prospérité et d'union indissoluble ; car cette inégalité professionnelle, qui est pour beaucoup une cause de division, disparaîtra pour faire place à cette unité et à cette égalité de chacun de nous devant la pension de droit. Aussi ai-je lu avec plaisir l'exposé du projet de Caisse de retraites de M. le Dr Benoist. C'est, à peu de chose près, ce que je vous ai écrit il y a quelques années.

Je différais avec mon honorable confrère sur quelques points ;

Je fixais à 55 ans l'âge de la retraite et à 200 francs pour la cotisation annuelle de tout membre faisant partie du *Concours*.

Maintenant que cette question est à l'ordre du jour, je ne doute nullement qu'elle ne soit résolue très promptement.

Bien à vous, Dr MORA (*de Brunehamel*)

B

Très honoré confrère,

Le *Concours médical* a fait du chemin depuis que j'ai eu le plaisir de passer quelques instants avec vous à Gérardmer. — Et l'un de ses plus beaux travaux sera la constitution de la Caisse de retraites de droit — car j'espère bien que la constitution de cette Société n'est pas bien éloignée.

Je vous prie de me faire inscrire, dès à présent, comme l'un des futurs souscripteurs de la Caisse des pensions de droit.

Je crois bien que nous travaillerons surtout pour nos successeurs ; car il sera facile plus tard d'avancer au moins jusqu'à cinquante-cinq ans le terme donnant droit à la retraite. Vous savez que, malheureusement, un grand nombre de médecins succombent à la tâche, avant d'atteindre la soixantaine.

Il me semble aussi que cette œuvre de la Caisse étant l'œuvre maîtresse de la Société du *Concours*, une part des bénéfices réalisés par ledit *Concours* devra chaque année être attribuée à la nouvelle et si philanthropique fondation.

Compliments très affectueux, très cher confrère, et mille encouragements. Dr GREUELL, (*de Gérardmer*).

Oui, notre Société a déjà commencé et elle sera très probablement la donatrice annuelle de la *Caisse des pensions*. Ce sera, pour nos adhérents, un encouragement bien sérieux aux actes de concours.

Très honoré confrère,

Ce sera votre honneur d'avoir développé l'idée des Syndicats; ce sera votre honneur d'avoir pris en main la Caisse des pensions de droit.

A ce qui m'a été dit jusqu'à présent, je ne vois qu'un côté défectueux, *le chiffre absolument insuffisant pour vivre* de la pension de retraite.

Oui ou non, voulez-vous constituer des pensions honorables et honorées pour les vétérans?

Oui, imposons-nous en conséquence.

Pour moi, le chiffre de la pension à soixante ans devrait être de 2,000 fr. de rente au minimum; et la cotisation annuelle de 100 francs au moins.

Avec les chiffres du Dr Benoist, il faut aller jusqu'en 1924 — (soit dans presque un demi-siècle) pour atteindre à peu près 900 fr. de rente environ.

Vraiment l'on ne s'imposerait pas de 100 ou 120 francs par an, pour se donner, même dans dix ou quinze ans d'ici, l'assurance, si l'on vit encore, d'une existence possible, et d'une vie plus douce, abandonnant la petite clientèle, parce que la pension vous viendrait en aide? Le refuser, ce ne serait ne comprendre ni la solidarité professionnelle, ni ses propres intérêts.

A vous confraternellement. Dr Roger,
(du Havre.)

Nota. — Remarquez que 100 fr. par an, pendant trente ans, donnent 3,000 francs. On refuserait un prélèvement pareil pour s'assurer une existence à l'abri du besoin!

L'on dit que l'Association générale a de la peine à effectuer ses rentrées à 12 francs: Oui, parce qu'elle n'assure pas de droit; et que beaucoup donnent avec une arrière-pensée, si d'autres compensent par la largesse de leurs dons.

Je donnerais volontiers 150 fr. par an, pour avoir droit un jour à 2,000 fr. de pension; je n'accepterais pas une élévation sensible du taux actuel de notre cotisation pour l'Association générale. Pour cette dernière, nous ne sommes, en réalité, pour la majorité, que des membres honoraires, or, à ce titre 12 à 30 fr. sont suffisants.

II

SERVICE MÉDICAL DE COLONISATION

Monsieur le Directeur,

J'ai reçu d'un médecin de Colonisation une lettre que je vous envoie parce qu'elle renferme la réponse à une question qui vous a été adressée, il y a quelque temps; d'autre part elle pourra aussi être utile aux jeunes médecins qui désireraient se rendre en Algérie.

Mon jeune Confrère,

Vous m'adressez des questions bien singulières en vérité, et dont vous reconnaitrez toute l'étrangeté, si, comme je l'espère, vous venez bientôt en Afrique. Par contre, vous ne m'interrogez pas sur ce que vous devriez le plus désirer savoir.

Tout d'abord je vous répondrai: *non*, dans les nouveaux postes qui vous sont destinés il n'y a pas, il ne saurait y avoir ce que vous nommez « de la Société. »

Oui, vous trouverez des malades intelligents et même en général très intelligents, dont le paysan français ne saurait vous donner l'idée; vous trouverez des gens hardis, de vigoureux remueurs de terre, en un mot, des Colons. En dehors des appointements que vous connaissez, vous gagnerez cent francs, ou cinq cents francs, ou mille francs par an, quelquefois d'avantage, quelquefois moins. Il est certain qu'en pays nouveau vous pouvez rayer le chapitre *clientèle payante*.

En somme, la recette est d'autant plus forte que le pays est plus ancien et plus prospère.

Oui, oh! oui, vous serez un *employé*, tout à fait un *employé*; aussi *employé* que n'importe quel *employé*; aucun doute à ce sujet.

Oui encore, il y a eu des vexations et de bien cruelles. Certains espèrent que plus tard un médecin-inspecteur, chef du service, pourra les rendre plus rares. D'autres s'en rapportent aux règlements présents ou futurs, se tiennent tranquilles, et, tâchent de tirer le meilleur parti de la situation, telle qu'elle se trouve à un moment donné.

Oui, nous avons un nouveau règlement, du moins on me l'assure. Il y est beaucoup question des punitions que nous pourrons être aptes à recevoir. Si c'est pour faciliter le recrutement si difficile des médecins coloniaux que ce règlement a été promulgué, je doute qu'il réponde au but poursuivi.

Le but du service est d'assurer aux colons des soins intelligents. Vous m'envoyez les affiches-réclames publiées dans certains journaux, elles ne contiennent que ce qui est vrai; et la longue énumération des avantages qui nous attendent se terminant par ces mots: « Indemnités *réglementaires* pour les vacations judiciaires » a dû vous remplir d'aise.

En y réfléchissant, vous devez cependant trouver singulier que les cadres restent dégarnis.

Mais n'allons pas trop loin.

Les médecins ici, comme partout, ont un ennemi redoutable qui n'aime pas les longues causeries dans les journaux, et cet ennemi ne pardonne jamais, soyons discrets.

Songez donc que la position est variable comme le milieu, et que je ne puis, sur aucun point, vous donner une notion absolue.

En somme: à mon avis et après vingt ans et plus de séjour en Algérie, je viens vous dire sans crainte d'être démenti:

Si vous cherchez la fortune, ne venez pas.
Si vous cherchez le bien-être, la considération, le respect, la liberté, ne venez pas.
Si vous aimez l'inconnu, si vous avez soif d'espace, de lumière et de soleil, si vous tenez, au prix de votre santé, à concourir modestement au développement de notre chère Algérie, venez!

X. Y.

Je prie mon correspondant de m'excuser, mais je demeure perplexe, après comme avant sa lettre.
Pourquoi nos confrères d'Algérie ne nous aideraient-ils pas à démêler *le point juste et vrai?*

J. Rabastens, (*de Pouyastruc*).

III

SERVICE MILITAIRE

Les instructions relatives à la convocation, en 1883, des médecins et des pharmaciens de réserve.

La circulaire ministérielle du 11 juillet 1883 tranche définitivement la question de l'appel annuel des médecins sous les drapeaux. L'exception dont ont bénéficié les médecins et les pharmaciens, depuis la mise en vigueur de la loi du 27 juillet 1872, prendra donc fin dès cette année; mais, en en raison des ressources budgétaires et des besoins des populations, il est décidé, en principe, que, dans chaque corps d'armée, dix médecins de réserve seulement seront convoqués d'ici au 31 décembre 1883. On les choisira parmi les plus anciens de ceux dont la classe doit passer légalement dans l'armée territoriale le 1er juillet 1884, et on les dirigera sur un établissement ou un corps de troupe du corps d'armée sur le territoire duquel ils ont leur domicile.

Dans ce choix, on devra tenir compte de la classe à laquelle ils appartiennent et de leur rang d'ancienneté. Les listes une fois établies, les directeurs du service de santé préviendront tout de suite les dix médecins choisis, les invitant à leur faire connaître approximativement à quelle époque ils seront prêts à répondre à la convocation. Les ordres d'appel seront, d'après ces indications, échelonnés jusqu'au 31 décembre 1883.

Toutefois, les médecins de réserve domiciliés dans le gouvernement de Paris ne seront pas convoqués cette année, à l'exception de ceux qui, en cas de mobilisation, sont affectés à des corps ou des services des 3me et 5me corps d'armée. Ces derniers pourront être appelés dans des conditions que la circulaire ministérielle ne fait pas connaître. Enfin, ceux de nos confrères qui habitent sur le territoire du 19me corps d'armée, ne seront pas convoqués.

Les pharmaciens paraissent devoir jouir de l'exemption qui, jusqu'ici, avait été accordée aux médecins. La circulaire considère leur convocation comme moins nécessaire. Leur appel, si les directeurs du service de santé le jugent opportun, n'aura lieu d'ailleurs que sous la condition de ne pas dépasser dix unités (médecins et pharmaciens) pour chaque corps d'armée.

Les dispenses d'appel ne doivent être accordées aux médecins que dans le cas de force majeure, sur les indications des préfets et dans l'intérêt du service médical des populations.

Enfin, après l'expiration du stage, chaque médecin de réserve sera l'objet d'un rapport individuel, rédigé par le médecin militaire auquel il aura été subordonné. Ce rapport recevra les annotations du directeur du service de santé du corps d'armée, et sera, par voie hiérarchique, transmis à la septième direction.

Le dernier paragraphe de cette circulaire enjoint aux directeurs de signaler au ministre tout médecin ou pharmacien de réserve qui ne répondrait pas à la convocation qui lui aura été adressée.

Cette circulaire réalise une réforme importante, et son exécution doit combler une des plus regrettables lacunes de notre organisation militaire. Les médecins de réserve, nous en avons la conviction, sont prêts à faire acte de patriotique dévouement; espérons que, de son côté, l'administration tiendra compte des besoins des populations et des exigences professionnelles. C'est aux directeurs des services de santé qu'incombe l'application de ces mesures; aussi nous ne doutons pas de leur disposition bienveillante envers leurs confrères civils. — L. D.

(*Union médicale*).

On se rappelle que l'Assemblée générale des membres du *Concours* a nommé une Commission chargée de faire savoir à M. le Ministre de la guerre, que les instructions bienveillantes qu'il avait données, aussi bien dans l'intérêt des populations que dans celui du corps médical, n'étaient pas respectées également dans toutes les régions.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

M. le professeur Vulpian a publié, dans le no 37 de la *Gazette Hebdomadaire*, l'observation détaillée de la maladie du comte de Chambord. C'est cette observation que nous nous proposons d'analyser, en reproduisant les passages qui nous paraissent offrir un certain intérêt au point de vue scientifique.

Plusieurs personnes font remonter l'origine de la maladie de M. le Comte de Chambord à 4 ou 5

ans, époque à laquelle le prince, gêné par l'embonpoint pour chasser et marcher, voulut se faire maigrir et se soumit. dans ce but, au système Benting. Ce régime lui fit perdre, en peu de mois, environ cinquante livres de son poids, mais amena une dyspepsie sérieuse qui revint ensuite à deux reprises. En 1882, M. le Comte de Chambord fit encore une cure d'amaigrissement en Allemagne : mais le Dr Ott, qui dirigeait le traitement, en présence des troubles gastriques assez graves, restreignit, dans une forte mesure, la médication habituelle.

Le 22 mars de la même année, il ressentit tout à coup, en montant en voiture, une vive douleur à la jambe qui le força à prendre le lit : les uns parlèrent de « coup de fouet, » les autres de « phlébite ». En présence de la douleur vive que causait toute espèce de mouvement, et du gonflement très notable qui existait au-dessous du bord externe du jarret, le prince dut garder un repos absolu qui diminua l'appétit et amena des pesanteurs d'estomac.

Enfin, les 13 et 15 juin, il eut des indigestions après avoir mangé des fraises avariées et quelques Cette dernière indisposition prit rapidement un caractère sérieux. Le 19, on consulta le Dr Mayr, de Neustadt, qui prescrivit un traitement approprié.

« Les jours suivants, l'état du prince, loin de s'amender favorablement, s'aggravait visiblement. La diarrhée ne s'était pas reproduite depuis les premiers jours; mais les vomissements se reproduisaient presque à chaque moment; l'ingestion d'une cuillerée de liquide causait une vive souffrance dans la région de l'estomac, et la moindre pression exercée sur cette région provoquait une violente douleur. Vers le 24 ou le 25 juin, le docteur Mayr, de plus en plus préoccupé de la persistance des symptômes, et renouvelant chaque jour l'examen de l'abdomen, crut reconnaître l'existence d'une tumeur résistante dans la région épigastrique, à droite de la ligne médiane. On voyait même, m'a-t-on dit, dans cette région, à la surface de l'abdomen, une saillie arrondie. M. Mayr fit part de ses crainte à M. le comte de Chevigné, qui dirigeait alors la maison du prince, et le pria de vouloir bien obtenir qu'il pût prendre l'avis d'un des professeurs les plus distingués de Vienne, M. Drasche.

« La consultation eut lieu le 27 juin. MM. Drasche et Mayr, tout en faisant des réserves, se trouvèrent d'accord sur la probabilité de l'existence d'une tumeur dans la région de l'estomac. Ils voulurent cependant en appeler encore à l'expérience consommée du professeur Billroth.

« M. Billroth hésita entre trois hypothèses: une affection du foie, une gastrite goutteuse ou un cancer de l'estomac. Bien qu'il eût, paraît-il, de la tendance à admettre cette dernière maladie, il ne se prononça pas d'une façon péremptoire.

« Le malade continuait d'ailleurs à souffrir cruellement; il vomissait toujours un grand nombre de fois dans les vingt-quatre heures ; parfois les souffrances étaient telles, qu'il se roulait pour ainsi dire dans son lit. »

Sur ces entrefaites, on résolut de demander une consultation à M. le Professeur Potain qui, ne voulant pas quitter le chevet de son regretté collègue, Parrot, désigna M. Vulpian pour le remplacer à Frohsdorf.

« Le 13 juillet, dit M. Vulpian, je partis pour Vienne. Les nouvelles publiées, les jours précédents, par les journaux n'étaient rien moins que rassurantes, et j'avoue que je me demandais si j'arriverais à temps . . . . »

M. Vulpian examina le malade, après que celui-ci lui eut raconté lui-même l'histoire de sa maladie.

« Les parois du thorax et celles de l'abdomen étaient encore très épaisses. On ne voyait aucune saillie des parois du ventre au niveau de l'épigastre. Le malade me désigna la région qui avait été si douloureuse quelques jours auparavant. J'y mis la main, et, en l'appuyant un peu, je sentis aussitôt une tuméfaction profonde, assez large, au niveau de laquelle une pression tant soit peu forte provoquait de la douleur. Une palpation un peu plus attentive ne me laissa aucun doute sur l'existence d'une tumeur mal limitée, siégeant dans la région épigastrique, à droite de la ligne médiane, ayant au moins l'étendue de la moitié de la paume de la main. L'idée d'un néoplasme de l'estomac se présenta aussitôt à mon esprit . . . . . »

Réunis en consultation, MM. Vulpian, Drasche et Mayr déclarèrent que l'existence d'un cancer de l'estomac, ou du moins d'un cancer siégeant dans la région de l'estomac, était très probable, non seulement en raison des accidents observés, mais encore parce que l'oncle de M. le comte de Chambord, le duc d'Angoulême, avait succombé à une maladie semblable. Le traitement proposé par M. Vulpian (alimentation lactée, bichromate de potasse, 3 pilules de 0,01 tous les jours; onctions iodurées et belladonées sur la tumeur épigastrique) fut accepté par MM. Drasche et Mayr.

Les jours suivants, une amélioration réelle put être observée; mais cet amendement des symptômes n'était qu'apparent. Il ne trompa jamais le docteur Mayr, qui, alors qu'on reprenait courage à Frohsdorf, ne se laissait aller à aucune illusion et constatait toujours la tumeur de la région stomacale. Dans la nuit du 8 au 9 août, survinrent des vomissements. Les jours suivants, l'intolérance gastrique devint extrême. Enfin, le lundi soir, 20 août, M. Vulpian reçut une dépêche lui annonçant que M. le comte de Chambord se trouvait dans un état extrêmement grave et l'appelant de nouveau à Frohsdorf. Parti de Trouville le mardi 21, M. Vulpian n'arriva à Neustadt qu'après la mort du prince :

« Je vis alors le prince mort. Son visage était très amaigri; ses cheveux et sa barbe me parurent plus gris que lorsque je l'avais vu au milieu du mois de juillet.

« Mme la comtesse de Chambord avait déjà fait connaître sa volonté de s'opposer à l'autopsie du prince. C'était, avait-elle dit, l'intention nettement exprimée à plusieurs reprises par son mari, et elle désirait que cette intention fût absolument respectée.

« Il fut donc convenu que l'on ne ferait pas d'autopsie,

et que l'on se bornerait à examiner les parties mises à découvert pendant l'opération de l'embaumement.

» L'embaumement a eu lieu le dimanche 26, cinquante heures après la mort. Il a été pratiqué par M. Kundrat, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Vienne. M. le professeur Drasche, M. le docteur Théodore Mayr, M. le docteur Stenzel, médecin cantonal, chargé de la vérification des décès, étaient présents; j'assistai aussi à l'opération; MM. le comte de Blacas et le baron de Raincourt veillaient à ce que tout fût fait conformément à ce qu'il avait été décidé.

« Avant de procéder à l'embaumement, M. Kundrat palpa la partie abdominale et reconnut l'existence d'une partie tuméfiée dans la région épigastrique, du côté droit de la ligne médiane. Je pratiquai aussi la palpation et je sentis, dans cette région, un empâtement un peu saillant, résistant, et vaguement circonscrit. J'avoue que je m'attendais, après le temps qui s'était écoulé depuis ma première visite, à trouver une tumeur moins délimitée, plus saillante, plus inégale et plus dure. Il n'en est pas moins vrai que l'on ne pouvait pas mettre en doute la présence d'une tumeur un peu aplatie, assez étendue, ayant probablement en superficie au moins une vingtaine de centimètres carrés, et siégeant dans le point même où, plus d'un mois auparavant, elle s'était trouvée sous ma main.

« On constata facilement l'œdème du membre supérieur gauche, observé avant la mort.

« M. Kundrat ouvrit délibérément la cavité abdominale par une incision cruciale, et il prolongea l'incision longitudinale vers le haut du corps, de façon à pouvoir retirer les viscères thoraciques. Les parois du thorax et celles de l'abdomen contiennent des couches épaisses de tissu adipeux.

« Nous examinâmes avec soin la surface des viscères abdominaux mis à nu. On ne voyait aucun indice superficiel de tumeur. Le grand épiploon était normal. La palpation de la région où l'on sentait la tumeur permettait de la reconnaître sous l'épiploon, sous forme de masse aplatie, à demi molle, sans bords nets.

« On souleva l'omentum et l'on vit alors que la tumeur était constituée par le mésentère très épaissi, très chargé de graisse dans cette région, sur une étendue grande comme la paume de la main. M. Kundrat pratiqua plusieurs incisions sur cette partie du mésentère; ses incisions mirent à découvert, en les traversant, un assez grand nombre de ganglions lymphatiques hypertrophiés. Sur les coupes, ces ganglions, dont certains avaient le volume de noisettes, offraient une épaisse couche corticale blanchâtre et une partie médullaire congestionnée, très rouge.

« C'étaient certainement des ganglions qui avaient subi une augmentation très notable de volume, mais cette modification n'était le résultat d'aucune dégénérescence cancéreuse ou sarcomateuse : elle était indubitablement d'origine purement inflammatoire. Ce sont ces ganglions et le tissu adipeux si abondant qui les entoure qui formaient, ainsi que je viens de le dire, la tumeur qu'on sentait au travers de la paroi abdominale avant l'incision de cette paroi, comme on l'avait sentie pendant la vie...............................

« L'œsophage et l'estomac furent ensuite incisés. Toute la partie supérieure de l'œsophage était entièrement saine ou du moins ne présentait que des altérations de catarrhe : membrane muqueuse un peu grisâtre, mamelonnée, recouverte çà et là de mucus blanchâtre. La région inférieure de l'œsophage offrait au contraire des lésions considérables, qui nous frappèrent tous de surprise. A partir de la réunion des quatre cinquièmes supérieurs avec le cinquième inférieur jusqu'au cardia, on voyait plusieurs ulcérations, dont quelques-unes avaient d'assez grandes dimensions.

Ces ulcérations de couleur gris-noirâtre n'intéressaient que la muqueuse. Leur forme était plus ou moins arrondie ou elliptique; leur étendue était de un à deux centimètres. Leurs bords n'étaient pas saillants mais plutôt taillés en ciseau.

« Tels sont les résultats que nous avons pu constater. Non seulement nous ne sommes pas certains d'avoir trouvé toutes les lésions qui pouvaient exister, mais encore, pour celles que nous avons vues, nous n'avons pas pu les examiner avec l'attention nécessaire. Que l'on se représente les conditions dans lesquelles nous faisions cet examen nécroscopique si incomplet, en présence des serviteurs du château, sous les yeux des représentants de Mme la comtesse de Chambord, pressés d'ailleurs par la nécessité de terminer promptement l'embaumement, afin que l'exposition du corps pût être faite le plus tôt possible, et l'on comprendra pourquoi notre examen a été forcément incomplet.

« C'est à la suite des observations que nous venons de faire que nous avons rédigé la note qui a été livrée à la publicité. Il y était dit que l'on avait constaté, pendant l'opération de l'embaumement du corps de M. le comte de Chambord : des ulcérations de la partie inférieure de l'œsophage et de l'estomac, une légère atrophie des reins, des lésions athéromateuses de l'aorte et une dégénération graisseuse du myocarde.

« Cette note avait été signée de tous les médecins présents : MM. Vulpian, Kundrat, Drasche, Mayr et Stenzel, et avait été contresignée par M. le comte de Blacas et M. le baron de Raincourt.

« Il est incontestable, ajoute M. Vulpian, qu'une erreur de diagnostic avait été commise pendant la vie du malade, puisque nous n'avons pas trouvé le cancer que nous nous attendions à rencontrer dans la région épigastrique; mais je dois rappeler que, tout en déclarant, le 17 juillet, à M. de Blacas qu'il y avait un cancer dans cette région, nous conservions encore un certain doute sur son siège précis; nous disions qu'il était impossible, pour le moment, de décider si la tumeur s'était développée dans les parois de l'estomac, ou en dehors de cet organe ».

Ce qui est curieux c'est que ces graves altérations de l'œsophage ne se sont traduites par aucun signe qui ait permis de les soupçonner: jamais il n'y a eu de dysphagie véritable; jamais les douleurs ne se sont fait sentir le long de l'œsophage: elles ont toujours eu pour siège la région épigastrique, au point même ou l'on sentait du gonflement. Enfin les douleurs n'ont jamais eu lieu immédiatement après la déglutition pharyngienne, mais au bout de 10 à 15 minutes.

Rejetant absolument toute idée d'empoisonnement, d'après l'aspect et la situation des lésions, l'absence de dégénérescence graisseuse dans le foie et les muscles, M. Vulpian serait porté à mettre en cause l'athéromasie générale des artères dont on a constaté des traces sur celles qui ont été ouvertes; dans cette hypothèse, les artères qui fournissent le sang à la partie inférieure de l'œsophage se seraient trouvées oblitérées par des coagulations sanguines et auraient ainsi

amené une modification partielle des tissus, des sortes « d'ulcères ronds. »

« Pour moi, dit, en terminant, M. Vulpian, pour moi qui ai fait un bien grand nombre d'autopsies et ai eu sous les yeux des pièces anatomiques de toutes sortes, je n'ai jamais vu de lésions de ce genre dans la partie inférieure de l'œsophage. S'il y a des faits analogues dans la science, je doute qu'ils ressemblent beaucoup à celui dont il est ici question.

« En résumé, la maladie de M. le comte de Chambord a été caractérisée : au point de vue anatomique, par des ulcérations de la membrane muqueuse de l'estomac et surtout de la membrane muqueuse de l'œsophage ; au point de vue clinique, par un ensemble de symptômes qui devait inévitablement faire admettre, tout au moins comme très vraisemblable, l'existence d'un cancer de l'estomac.

« Il s'agit donc là, en définitive, d'un fait extrêmement rare, et, si je ne me trompe, très intéressant. C'est pour cela que j'ai cru pouvoir en publier la relation.»

Comme on le voit, l'observatoin de M. Vulpian est pleine d'intérêt ; elle eût été probablement pleine d'enseignement, si l'autopsie, méthodiquement faite, avait permis, comme on peut parfaitement le suppos r, de répondre à un certain nombre de questions qui constituent maintenant un problème insoluble. J. G.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Injection vaginale glycéro-tannique laudanisée.

Le Dr Chéron recommande la formule suivante chez les malades atteintes d'écoulement purulent causé par une endométrite avec ou sans ulcération.

Acide tannique..............	60	grammes.
Laudanum de Sydenham......	10	—
Glycérine neutre............	350	—

On a fait dissoudre à chaud, *sans eau*, l'acide tannique dans la glycérine ; on filtre et on ajoute le laudanum.

Une ou deux cuillerées à bouche par litre d'eau tiède pour injections, matin et soir.

JURISPRUDENCE

PLAINTE EN DIFFAMATION

Extrait d'un arrêt de la Cour d'assises de la Seine en date du 24 août 1883, rendu sur la plainte en diffamation formée par le Docteur Liébaut (de Nogent-sur-Marne) contre les sieurs Juteau et Fauré.

La Cour.....

Considérant qu'il résulte de la déclaration du jury que Camille Juteau et Paul Fauré sont coupables, savoir : 1° Ledit Juteau d'avoir, en juillet 1883, dans le département de la Seine, en qualité de gérant du journal *l'Avenir de Nogent et journal de Saint-Maur*, par une lettre imprimée dans le n° du dit journal portant la date du jeudi-dimanche 15 juillet 1883, le dit n° distribué, vendu ou mis en vente, allégué ou imputé au sieur Liébaut des faits portant atteinte à son honneur, ou à sa considération : la dite lettre commençant par ces mots : « Il y a des personnes, » et finissant par ceux-ci : « Insérez ma protestation dans votre journal. »

2° Le dit Fauré de s'être, aux mêmes époque et lieu, rendu complice des allégations et imputations diffamatoires commises par Juteau, gérant du journal *l'Avenir de Nogent et journal de Saint-Maur*, en lui fournissant comme auteur et en signant la lettre ci-dessus spécifiée.

Qu'il résulte encore de la dite déclaration du jury, qu'il existe des circonstances atténuantes en faveur du prévenu Fauré...

Condamne Camille Juteau à 8 jours d'emprisonnement et Paul Fauré par corps à 50 fr. d'amende.

Et statuant sur les conclusions du sieur Liébaut, partie civile.

La Cour, après avoir entendu Me Rousseau, avocat du sieur Liébaut, partie civile, *assisté de Me Vacheron* avoué, en ses conclusions Me Millerand, avocat de Juteau, et Me Obermeyer, avocat de Fauré, et les prévenus en leurs observations, M. l'avocat général en ses conclusions et en avoir délibéré conformément à la loi.

Considérant que des faits déclarés constants par le jury, il résulte la preuve que le sieur Liébaut a éprouvé un préjudice dont il lui est dû réparation, que la Cour a les éléments nécessaires pour en fixer la quotité.

Par ces motifs,

Condamne les dits Juteau et Fauré solidairement à payer au dit sieur Liébaut, partie civile, par toutes les voies de droit et même par corps, la somme de 2000 fr. à titre de dommages-intérêts.

Ordonne que le présent arrêt sera inséré *in-extenso* dans le journal *l'Avenir de Nogent et journal de Saint-Maur* en caractères identiques à ceux de l'article incriminé, aux frais solidaires des condamnés, et ce dans le délai de 8 jours, à partir de la signification du dit arrêt.

Autorise en outre la partie civile à faire insérer par extrait le présent arrêt dans trois journaux, à son choix, du département de la Seine, aux frais solidaires des condamnés, sans que toutefois le coût de chacune de ces insertions puisse excéder 200 fr.

Condamne Juteau et Fauré solidairement aux dépens, etc.....

Pour extrait : *(Signé)* VACHERON.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DE LAMBALLE (CÔTES-DU-NORD).

Monsieur et très honoré Directeur,

J'ai l'honneur et la satisfaction de vous annoncer que le dimanche, 2 septembre, un Syndicat a été fondé à Lamballe (Côtes-du-Nord).

Dix-huit confrères en font partie.

La première séance a été consacrée : 1° au vote des statuts. — 2° d'un tarif minimum d'honoraires. — 3° à la nomination d'une Chambre syndicale composée d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire-trésorier et de deux syndics.

La réunion a été suivie d'un joyeux banquet qui s'est terminé par un toast au Dr Cézilly, le sympathique directeur du *Concours* et le zélé propagateur des Syndicats.

Ce toast a été vivement applaudi par tous les confrères présents.

Veuillez agréer, etc. Dr Bédel.

II

SYNDICAT DE LA VIENNE.

Au mois de janvier dernier, notre confrère Labroue, de Charcaux, nous a rendu compte de notre réunion générale dans laquelle on a nommé : *Président* : le Dr Doucet, de Loudun ; *Vice-Président* : le Dr Chédevergne, de Poitiers ; *Secrétaire-Trésorier* : le Dr Auché, de Poitiers.

Dans une récente réunion, pour constituer les cercles d'arrondissements, ont été désignés comme *syndics* :

Arrondissement de Poitiers (ville), le Dr Auché (de Poitiers); arrondissement de Poitiers (pour les communes en dehors du chef-lieu), le Dr L. Litardière (de Vivonne); arrondissement de Loudun, le Dr Amirault, (de Loudun); arrondissement de Châtellerault, le Dr Varaillon, (de Châtellerault); arrondissement de Civray, le Dr Guillaud, (de Civray): arrondissement de Montmorillon, le Dr A. Litardière, (de Lussac).

Chaque syndic s'occupe activement de former son cercle.

NOUVELLES

M. Thuillier (Louis-Ferdinand), qui a succombé mardi matin, à Alexandrie, à une attaque de choléra foudroyante, était né le 4 mai 1856, à Amiens. Après avoir fait brillamment ses études au lycée de cette ville, il fut reçu le troisième à l'Ecole normale, après le concours de 1877. Il en sortit en 1880 premier agrégé de physique. Il y rentra aussitôt comme préparateur au laboratoire de chimie physiologique, celui de M. Pasteur. Son nom fut désormais joint à celui de MM. Chamberland et Roux dans toutes les notices que l'illustre maître écrivit sur ses travaux et ceux de ses collaborateurs. M. Thuillier avait pris part aux célèbres expériences de Pouilly-le-Fort (mai 1881) qui démontrèrent l'efficacité de la vaccination charbonneuse. Au mois de septembre de la même année, il fut envoyé en Hongrie, et dirigea les expériences de Packisch et de Borschütz. Parmi les divers travaux entrepris au laboratoire de M. Pasteur, il s'occupait spécialement du rouget des porcs et de la fièvre typhoïde des chevaux. M. Thuillier n'était point médecin, comme le font supposer la plupart des dépêches d'Alexandrie ; il appartenait à l'Université et à l'Ecole normale pour qui sa mort est un titre de gloire en même temps qu'un deuil bien cruel.

L'épidémie de choléra qui a ravagé l'Egypte touche d'ailleurs à sa fin : et, le jour même où mourait le jeune savant, on supprimait la quarantaine imposée, à Port-Saïd, aux provenances d'Alexandrie. A ce propos, nous rectifions une erreur typographique qui s'est glissée dans notre n° 36, page 456, 1re colonne : c'est 25,000 et 90,000, qu'il faut dire pour le nombre total des cas de mort ou d'attaques de choléra, au lieu de 2,500 et 9,000.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort de M. le Docteur Jules Ducas, membre du *Concours médical*, décédé à Méry-sur-Seine, dans sa vingt-huitième année.

BIBLIOGRAPHIE

Librairie O. Doin, place de l'Odéon.

Nouveaux éléments de botanique pour les candidats au baccalauréat ès-sciences et les élèves en médecine et en pharmacie, contenant l'organographie, l'anatomie, la morphologie, physiologie, la *botanique rurale* et des notions de géographie botanique et de botanique fossile, par Louis Crié, docteur ès-sciences, pharmacien de première classe, professeur à la Faculté des sciences de Rennes, — avec 1332 figures dans le texte, Prix : 10 francs.

L'inconvénient de presque tous les livres élémentaires de botanique mis entre les mains des jeunes gens est d'avoir été composés pour des élèves qui possèdent déjà des connaissances assez étendues ; ils sont trop secs et trop peu attrayants. Celui-ci a su éviter cet écueil et, grâce à la marche adoptée par l'auteur, à la clarté de son style et aux nombreux croquis, il sera facile aux étudiants de faire de rapides progrès à l'aide de ce livre dans l'étude d'une science qui est restée si longtemps, en France, étrangère à l'enseignement de la jeunesse.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

BULLETIN MENSUEL DES SYNDICATS

SEPTEMBRE 1883

A Messieurs les Présidents des Syndicats.

Monsieur le Président et très honoré Confrère,

Commission exécutive des syndicats.

Le jour de son Assemblée générale, la Société du *Concours médical* a décidé de mettre à la disposition de la Commission une somme de *mille francs*.

Cette allocation a pour but de permettre aux membres de cette commission, d'exécuter les décisions des syndicats, lorsque celles-ci nécessiteront des démarches que les sociétés éloignées de Paris ne pourraient accomplir sans déplacement et sans dépenses considérables.

Nous espérons que vous voudrez bien user, dans l'avenir, de cette nouvelle facilité d'action que vous offre le *Concours médical*. Il s'est efforcé, dans cette circonstance, comme dans le passé, de se mettre entièrement à votre disposition.

Caisse des pensions de droit.

Vous savez, Monsieur le Président, combien serait opportune et souhaitable la Constitution d'une *Caisse de pensions de droit*. Vous savez aussi qu'une Commission, pourvue d'un budget pour les études, a été formée également le jour de l'Assemblée générale.

Je viens vous prier de vouloir bien, à la prochaine réunion du syndicat que vous présidez, demander à la réunion son opinion motivée sur la Constitution d'une Caisse des retraites, analogue à celle du *Corps médical Belge* qui a donné les plus importants résultats.

Votre intervention, dans cette question essentiellement confraternelle, serait un précieux encouragement pour les honorables confrères qui étudient les divers projets, dont les termes seront précisés vers le 15 octobre. On les discutera ensuite avec maturité et, avant la fin de l'année, les adhésions aux statuts adoptés pour la *Caisse des pensions française* seront sollicitées auprès de tous les médecins de France.

J'espère, très honoré confrère, que vous voudrez, comme par le passé, nous assister de vos lumières et de vos bons conseils. Le *Bulletin des Syndicats* et, à son défaut, le journal sont à votre disposition pour la publication de toutes les notes et extraits de comptes rendus que vous jugerez bon de porter à la connaissance des autres Syndicats.

Le Directeur, A. CÉZILLY.

NOTA. — Les secrétaires du bureau des Syndicats qui nous adressent les comptes rendus, sont priés instamment de désigner les portions de ces comptes rendus qu'on désire voir reproduire dans le Bulletin. Ils seront obligés de se borner, car pour le présent Bulletin qui renferme vingt-quatre colonnes, nous avons eu la matière de plus de quatre-vingts.

LES SYNDICATS MÉDICAUX

ET LA PRESSE MÉDICALE.

Dans un précédent article, nous avons montré à nos lecteurs l'attitude nouvelle et toute bienveillante que les sociétés locales tendent à prendre vis-à-vis des syndicats médicaux. L'évolution qui est en train de s'accomplir, et à laquelle nous sommes heureux d'accorder nos chaleureux applaudissements, a trouvé un écho puissant, en même temps qu'un stimulant énergique, dans la plus grande partie de la Presse médicale. C'est qu'il existe entre l'attitude nouvelle de l'Association et celle de la Presse qui s'occupe des intérêts professionels, une communion étroite, une solidarité que les mêmes circonstances ont fait naître et que les événements commandent en maîtres absolus.

Parmi les journaux qui paraissent le mieux se rendre compte des nécessités nouvelles qui s'imposent au corps médical, et qui cherchent à concilier, pour le plus grand bien de tous, les Syndicats et l'Association, nous devons citer, en première ligne, le Journal de médecine de Bordeaux. Ce n'est pas que nous ayons la moindre velléité d'applaudir à toutes les idées qui sont défendues dans de recueil; mais nous y trouvons de bonnes choses et nous constatons, avec plaisir, que, si toutes ses sympathies ne sont pas pour les Syndicats, il reconnaît volontiers du moins que ces institutions sont une des nécessités de l'époque. Ainsi nous lisons, dans le numéro du 29 juillet de ce journal, les lignes qui suivent : « Soit lassitude, soit découragement, soit au contraire par suite d'un plan arrêté, la plupart de ceux qui dirigent nos affaires sont portés à négliger maintenant le côté protection pour ne s'attacher qu'au côté assistance. Tout au plus réservent-ils à l'Association un rôle supérieur et général de moralisation, estimant très carrément qu'elle ferait mal en faisant autrement. — Soit. C'est une appréciation. — Après tout, elle peut se soutenir. A une condition pourtant : c'est que l'Association admette logiquement qu'à son côté se créent des institutions secondaires, chargées précisément de poursuivre ce but délaissé par elle, de la protection professionnelle; c'est qu'elle leur fasse enfin bonne figure, si elle ne veut pas encore se les rattacher par un lien quelconque, matériel ou moral. »

Puis notre confrère ajoute : « On ne doit jamais remonter volontairement un courant. Or le mouvement qui entraîne la démocratie médicale aux groupements syndicaux est irrésistible. Qu'on le veuille

ou non, il existe, il est indéniable. Il faut s'incliner devant lui et le suivre; mieux encore, il faut se mettre à sa tête. C'est le moyen de le coordonner et de le diriger..... » S'incliner devant lui et le suivre, très bien; mais se mettre à sa tête et le diriger, c'est autre chose.

Voyons si c'est possible. Et d'abord, pour le diriger, ce courant irrésistible, il faut bien connaître son point de départ et le but vers lequel il tend. Eh bien; le point de départ est celui-ci : l'immense majorité du corps médical souffre profondément des envahissements de la carrière par tout ce qui peut causer un *préjudice* à ses intérêts. Tandis que, à côté de nous, toutes les institutions voient des améliorations se produire, nous restons rivés à un provisoir éternel. Les clients nous exploitent; les sociétés de secours mutuels nous exploitent; les compagnies d'assurance nous exploitent; les administrations nous exploitent; les pouvoirs publics abusent d'une situation qu'il nous ont faite, imposée, et nous payent, d'après des tarifs qu'ils ont eux-mêmes établis, les services qu'ils nous obligent à rendre. Ils nous accordent pour rémunération des services rendus, et presque comme une faveur, de sommes que nous n'oserions pas offrir à un simple commissionnaire !

Quant au but que nous poursuivons, c'est la substitution d'un état de choses équitable à ces abus que tout le monde connaît.

Tout le monde? — Il paraît que non, s'il nous restait des doutes à cet égard, et, notre confrère du Journal de médecine de Bordeaux se charge de nous édifier entièrement. Nous ne saurions mieux faire que de citer textuellement : « Il ne manque pas de médecins — il y en a toute une catégorie dans notre beau pays de France — qui élèvent le culte de ces mots (dévouement, abnégation, désintéressement, dignité, honorabilité, considération, estime publique, gloire...; que sais-je encore?) et aussi de ces choses à une hauteur presque céleste, tant elle est incalculable. Ce sont les continuateurs de la tradition, graves partisans de la cravate blanche, de l'habit noir, de la canne à pomme d'or, qui pleurent sur la solennité perdue et regrettent le temps où nos ancêtres parlaient latin et presque jamais finances. Se faire payer est pour eux une locution choquante et bonne tout au plus pour des marchands. Ils rougissent quand on l'emploie devant eux, comme si l'on disait une énormité. Et quand on propose un procédé pratique pour venir en aide aux ilotes qui grouillent au dessous d'eux, ils se voilent la face et crient sincèrement au sacrilège. Hommes excellents, dignes de tout notre respect, qui auraient pleinement raison et mériteraient un piédestal d'or, si les médecins recevaient tous, à leur baptême doctoral, un titre de rente de dix mille francs, mais qui ont tort, et que l'on est obligé de combattre comme des revenants d'un autre âge, de mauvais juges d'une situation qu'ils voient de trop haut et de beaucoup trop loin! Ce n'est pas qu'à leur point de vue ils n'aient raison: Ce sont des aristocrates, des heureux, des riches, j'allais dire des ploutocrates! La pièce de cinq francs leur importe peu : ils en font fi! C'est tout naturel. Ils ont par ailleurs une morale élevée, et leur conscience très droite leur suffit : Que feraient-ils de règles écrites et librement acceptées? Qu'ont-ils besoin de protection, d'aide et d'appui? Ils sont à l'abri de tous les vents et aussi de toutes les aspirations malsaines. »

Tout cela est très bien dit, et surtout très exact. Eh bien! je désire absolument ne froisser aucune susceptibilité, mais il me paraît incontestable que les bureaux des sociétés locales renferment un nombre considérable de membres qui rentrent dans la catégorie, si bien dépeinte par notre honorable confrère. Ils sont placés trop haut et trop loin pour connaître nos besoins véritables, et, quand on les leur expose, il semble qu'on vient leur faire des comptes de revenants : ils ne croient pas, parce que les choses se passent autrement dans le milieu où ils se trouvent.

Voilà pourquoi nous ne voulons pas que le mouvement qui entraîne la génération médicale actuelle vers les syndicats, soit dirigé par l'Association.

Sans doute, il doit exister entre les deux ordres de société, des rapports réguliers, définis. Nous ne voulons pas nous isoler, ce qui serait absurde. Nous ne voulons pas rompre avec l'Association générale, ce qui serait la faute la plus énorme qui se pût commettre : nous voulons vivre à côté d'elle, lui prêtant, comme membres, notre concours, et comptant aussi qu'elle mettra, au service des intérêts sacrés que nous défendons, l'appui de l'immense fortune qu'elle a su mériter et conquérir. Nous l'avons dit assez souvent, et nous tenons à le répéter : il n'y a pas trop de l'Association et des Syndicats réunis pour améliorer la situation si précaire de la majeure partie du corps médical, et, loin de provoquer la division, nous voudrions voir l'union la plus étroite exister au sein de notre grande famille.

C'est cette union, si ardemment désirée, qui fera notre force et qui nous permettra d'obtenir les satisfactions légitimes auxquelles nous avons droit. C'est pour cela que nous n'avons cessé de préconiser la création de petits groupes syndicaux où tous les membres se connaissant, pourront beaucoup mieux exposer et soutenir leurs intérêts communs.

Mais qu'elle serait l'efficacité de ces groupes isolés, quand il s'agirait d'intérêts un peu plus généraux que ceux qui peuvent occuper les médecins de quelques cantons, par exemple? Leur réunion, leur fédération, si je puis employer le mot, n'aura-t-elle pas une puissance plus considérable? Et là-dessus notre honorable confrère me ferait presque un crime d'avoir provoqué et obtenu la fédération des Syndicats médicaux de la Gironde, et de poursuivre, par le moyen des Syndicats, les réformes les plus urgentes que nous nous accordons tous à réclamer. « Le gouvernement, les Chambres, le Conseil d'Etat, les administrations, tous cela va-t-il baisser pavillon devant le pouvoir triomphant, uniquement parcequ'il aura changé de nom, dit notre honorable confrère? L'exercice illégal de la médecine, les sociétés de secours mutuels, l'assistance publique des campagnes, la médecine judiciaire, l'inspection des écoles, des enfants nouveau-nés, etc. etc. tout cet échafaudage d'abus va-t-il s'écrouler comme par enchantement sous la baguette magique de cette fédération merveilleuse? Est-ce parce qu'ils auront le poing campé sur la hanche que les Syndicats obtiendront toute cette série

de réformes qu'on a refusées à l'Association la veille? Je sais bien qu'on affirme carrément le fait et qu'on promet ce résultat. M. Barat-Dulaurier..... n'a pas une lueur d'hésitation à cet égard ».

Sans doute, j'ai le ferme espoir, la conviction profonde que nous obtiendrons ces résultats. Mais, pour cela, je compte sur un facteur qu'il ne faut jamais négliger : le temps, qui est indispensable à l'accomplissement de toutes les réformes. Je compte aussi sur ceux de nos confrères qui ne sont point syndiqués, mais qui s'intéressent à tout ce qui touche l'amélioration matérielle de la situation du médecin. Je compte enfin sur l'appoint de forces que pourra nous fournir l'Association. — La Société locale de la Gironde est, en effet, saisie de la question des rapports de l'Association avec les Syndicats. J'ai l'espoir qu'elle suivra l'exemple donné par la Société de l'Orne, et que, bientôt, nous pourrons nous entendre sur la ligne de conduite que nous aurons à tenir. Ce jour-là, j'espère bien que le confrère, très gracieux du reste, qui signe Otukone, voudra bien me considérer non comme « le « grand prêtre de la religion nouvelle des Syndicats « (dont l'honorable M. Cézilly est la divinité pari- « sienne) », dit-il, mais comme un simple soldat d'une cause que je suis bien décidé à défendre dans la limite très modeste de mes forces : l'amélioration de la situation matérielle et morale du médecin et surtout du médecin de campagne; la conquête de la place qu'il doit occuper, de la considération dont il doit jouir dans notre Société moderne.

En attendant, comme le collaborateur du Journal de médecine de Bordeaux, nous désirons surtout servir de trait d'union — si possible. Et, différant en cela de notre honorable confrère, comme nous ne craignons pas d'être traité de réactionnaire — personne ne le croirait, — ni de révolutionnaire, — puisque nous poursuivons par des moyens légitimes, un but légitime, — nous ne ferons point appel à nos souvenirs classiques pour signer d'un nom grec : nous signerons, comme toujours,

Ad. Barat-Dulaurier,
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle
(Séance du 28 août)
Premier compte-rendu annuel
par M. le Dr LÉCUYER, secrétaire général.

I

Mes chers confrères,

Il y dix mois se réunissaient à Braisne, convoqués par M. Dulieu (de Longueval), MM. Ancelet (de Vailly), Godard (de Fismes), Wimy (de Braisnes) et Lécuyer (de Beaurieux).

Cette réunion avait pour but la formation d'un Syndicat. Nous avions, en outre, l'adhésion écrite de MM. Claudat (de Fismes), Parmentier (de Corbény), Bracon (de Vailly).

Le bureau fut formé immédiatement de M. Dulieu, doyen d'âge et promoteur du Syndicat, Président; M. Ancelet, vice-président; et Lécuyer, secrétaire général.

Notre jeune Syndicat composé de médecins appartenant à deux départements, celui de la Marne et celui de l'Aisne, et à trois arrondissements, Reims, Laon et Soissons, choisit le titre de Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle, et élabora de suite un règlement. Le siège choisi fut Braisne, mais avec faculté de se réunir dans d'autres localités. Quelles sont les questions véritables pour le médecin? Avoir un tarif d'honoraires suffisamment rémunérateur; un mode de recouvrement de ces honoraires; et un réglement relatif aux rapports entre confrères.

On mit ces questions à l'ordre du jour de la deuxième séance qui fut fixée au 29 novembre à Fismes. A cette séance, nous avions l'adhésion de trois nouveaux confrères : MM. Colnot (de Guignicourt), Herbillon (de Jonchery) et Herbillon (de Cormicy).

Tous les confrères présents se firent part de leurs idées et on chargea définitivement le secrétaire de rédiger ledit tarif, qui fut voté à l'unanimité à la troisième séance à Longueval, le 12 décembre.

On en vota l'impression et l'envoi au *Concours médical*, Moniteur officiel des Syndicats, qui en a publié du reste les principaux articles.

Je vous rappellerai simplement, mes chers Confrères, les art. 4 et 5, qui sont indispensables à tout règlement professionnel.

Art. 4. — Dans les communes limitrophes, où plusieurs médecins exercent en même temps, il est interdit aux médecins syndiqués de prendre de nouveaux malades *notoirement* connus appartenant à un autre, sans être bien sûrs que le premier médecin est payé.

Art. 5. — Pour l'exécution de cet article, chaque membre du syndicat a le droit de demander aux confrères exerçant dans la même localité une liste des clients récalcitrants et qui *pourraient* payer leur médecin.

Les bons effets de l'application de ces articles ne tardèrent pas à se faire sentir et maintenant nous pouvons dire qu'ils sont généralement appliqués.

Dans la séance du 6 mars tenue à Beaurieux, admission de deux nouveaux membres, M. Beaufinet (de Jonchery) et Ballossier (de Craonne); nomination d'un président d'honneur, M. le Dr Cézilly, promoteur des Syndicats, qui ont déjà rendu et qui rendront plus tard tant de services, et d'un membre d'honneur, M. le Dr Fené (de Beaurieux).

Après discussion sur le mode de recouvrement des honoraires, il fut convenu d'envoyer aux environs du 1er novembre de chaque année, comme le fait depuis longtemps M. Lécuyer, avec la note des honoraires l'imprimé suivant :

Monsieur,

Ayant pris l'habitude de régler *tous* les ans avec *tous* mes clients, j'ai l'honneur de vous prier de passer chez moi avant le 1er janvier prochain, afin de régler votre compte de l'année courante et des années antérieures s'il y a lieu.

Veuillez agréer, etc.

Dans le courant de janvier, envoi d'un second imprimé ainsi conçu, aux clients qui n'auraient pas répondu au premier :

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous prier de venir régler votre compte dans le courant du mois.

Passé ce délai, je le remettrai à M..., chargé de faire mes recouvrements.

Veuillez agréer, etc.

L'homme d'affaires chargé des recouvrements restant au choix des membres syndiqués.

Voici, mes chers Confrères, les choses principales qu'a faites notre Syndicat.

Je vous rappellerai, pour mémoire, qu'il a étudié aussi la leçon des expertises médico-légales et qu'il est entré, pour cette question, franchement dans la voie de Beaugé et de Lot-et-Garonne.

Dans la séance du 12 juin tenue à Vailly, admission de quatre nouveaux membres : MM. Vignon (de Ville-en-Tardenois), Geoffroy (de Saint-Erme), Fromigier (de Festieux), et Galimant (de Chevregny).

Dans cette séance, nous avons étudié le *modus vivendi* avec les Sociétés de secours mutuels, et les compagnies d'assurances contre les accidents. Le compte-rendu de cette séance a été publié dans le *Concours médical* (nº du 18 août).

Voici, mes chers confrères, la composition actuelle de notre Syndicat à la fin de sa première année d'existence, eu défalquant les démissions de trois membres pour cause de départ, et le changement de résidence d'un membre.

Département de l'Aisne.

Arrondissement de Soissons.

Dulieu (de Longueval). — Wimy (de Braisne). — Bracon (de Vailly). — Ancelet (de Vailly).

Arrondissement de Laon.

Lécuyer (de Beaurieux). — Ballossier (de Craonne). — Geoffroy (de Saint-Ermé). — Colnot (de Corbény). — Fromigier (de Festieux). — Galimant (de Chévrigny).

Département de la Marne.

Arrondissement de Reims.

Godart (de Fismes). — Claudat (de Fismes). — Vignon (de Ville-en-Tardenois). — Herbillon (de Cormicy).

Bureau.

Président d'honneur : M. Cézilly. — *Membre d'honneur* : M. Fené (de Beaurieux).

Chambre syndicale.

Président : M. Dulieu. — *Vice-Président* : M. Ancelet. — *Secrétaire général* : M. Lécuyer.

II

Vous ne vous attendez pas, mes chers confrères, à ce que je vous prouve tout ce que l'on peut attendre de bon et de profitable pour la profession, de la formation de ces petits Syndicats régionaux.

Je veux cependant vous dire deux mots de leurs rapports avec l'Association générale des médecins de France.

Au commencement, défiance complète. Aussi à l'Assemblée générale de 1882, M. Martineau interprète du sentiment général dit formellement : « La formation des Syndicats est le contraire absolu des principes les plus élémentaires inféodés au médecin, à sa mission toute de bienfaisance et de dévouement. A ce titre, je repousse le Syndicat et tous les amis de la liberté le repousseront avec moi. »

A la réunion de l'Association locale des arrondissements de Laon, Vervins et Château-Thierry, tenue à Laon au mois d'août de la même année, le secrétaire-général M. Blanquinque, tout en constatant que l'Association générale ne peut légalement s'occuper que d'assistance, conteste toute vertu aux Syndicats et ne croit pas du tout à leur raison d'être.

Vous voyez que les Syndicats n'étaient pas bien vus de l'Association, société de secours mutuels tout simplement, réservant des secours et quelques pensions aux médecins n'ayant pas pu vivre, tandis que les Syndicats, sociétés purement professionnelles, cherchent avant tout à faire vivre le médecin. Deux buts complètements différents.

Malgré ces oppositions, leur nombre augmentait cependant de plus en plus, et lors de l'Assemblée générale des médecins de France en 1883, ils pouvaient déjà s'appeler légion !

Aussi le rapporteur, M. Foville, prononçait les paroles suivantes qui contrastaient fort heureusement avec celles de l'année précédente : « Comment pourrions-nous ne pas admettre les principes de la grande majorité des Syndicats, puisque ce sont précisément ceux qui dirigent l'Association générale, ceux qui ont fait son succès, ceux qui assurent son autorité ? »

Et plus loin : « Ces Syndicats ne peuvent pas être considérés comme nos antagonistes, il serait plus juste de dire que, déjà, ils ne font qu'un avec nous. »

Enorme progrès ! Ce succès est dû à nos travaux. L'Association reconnaît non seulement notre existence, mais encore approuve nos principes. Il fallait faire plus, au cœur même de l'Association il fallait prendre leur défense. Je résolus de le faire et à la dernière séance de l'Association locale, à Laon, je déposai sur le bureau notre tarif en prononçant les paroles suivantes :

« Mes chers confrères, depuis 1872, date de la publication dans notre compte rendu annuel du dernier tarif, élaboré par notre honorable confrère, le Dr Senant (de Vervins), la vie est augmentée, de sorte que, maintenant, il est véritablement au dessous de la moyenne.

« La bonne confraternité médicale pour laquelle l'Association générale des médecins de France, et en particulier l'Association locale dont nous faisons partie ont tant fait, arrive à se généraliser de plus en plus, et cela grâce à la formation de petits syndicats localisés.

« C'est comme secrétaire du Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle que je viens déposer, en son nom, le règlement relatif aux usages professionnels, et l'établissement d'un tarif et d'un mode de recouvrement des honoraires, règlement que j'ai élaboré et que nos collègues ont adopté à l'unanimité.

« Vous verrez, mes chers confrères, que je me suis inspiré d'abord de notre tarif de 1872 et que je l'ai mis simplement aux prix actuels, et cela en consultant avec fruit les tarifs de Reims et du Havre.

« Qu'il me soit permis entre temps de prendre la défense de ces petits syndicats qui ont donné au commencement tant d'ombrage à l'Association générale, mais que cette dernière, mieux informée, commence à admettre.

« Ils ne se sont pas formés pour lui porter ombrage cependant, et la preuve, c'est que la presque unanimité des membres des Syndicats fait en même temps partie d'une association locale.

« Ces deux fondations ont chacune leur sphère

dans laquelle elles peuvent librement se mouvoir. A l'association générale, agglomération des sociétés locales composées de médecins de tout un département, ou au moins d'une notable partie, revient de droit l'étude des grands problèmes médicaux, mais elle a surtout dans son programme, comme immense société de secours mutuels, l'assistance des confrères malheureux, sous forme de secours et de pensions de retraite.

Il me semble que c'est déjà un beau rôle. Mais pour les difficultés ordinaires de la vie médicale, pour les rapports journaliers entre confrères voisins, pour le *modus vivendi* (qui peut changer avec les régions) avec les sociétés de secours mutuels, les bureaux de bienfaisance, les compagnies d'assurances contre les accidents, etc., il n'y a que de petites associations très localisées qui puissent rendre de véritables services, car il faut compter avec la distance. Notre Syndicat, fondé depuis 10 mois, aura tenu 6 séances, grâce à la proximité et au zèle de ses membres. Il a étudié toutes ces questions et a rendu les plus grands services en codifiant les usages professionnels, les tarifs d'honoraires et en les unifiant.

« Nous devons donc faire des vœux, mes chers confrères, pour la formation de nombreux Syndicats dans notre région et pour les fédérations futures entre eux. Alors, dans un temps donné, l'association locale des arrondissements de Laon, Vervins et Château-Thierry, et la fédération des Syndicats des mêmes arrondissements ne feront plus qu'une société médicale pouvant délibérer sous la direction du même bureau, ce qui sera la meilleure preuve de l'union intime et indissoluble de notre corps médical avec ces mots inscrits sur la bannière commune : Devoir confraternel et solidarité !

« Je demande que le tarif que je dépose en ce moment sur le bureau, soit renvoyé à l'examen de la commission administrative, laquelle devra faire un rapport pour la prochaine assemblée générale. Je demande, en outre, que le dit tarif soit imprimé *in extenso* dans le compte-rendu de la séance, afin que tous mes collègues de l'Association puissent l'étudier avant de le voter définitivement. »

Je dois avouer que ces diverses propositions furent adoptées à l'unanimité après une très courte discussion. L'Association locale vota, ce même jour, l'envoi annuel de la note aux clients, mesure déjà votée par notre Syndicat.

Quoi qu'elle fasse, l'Association est forcée de compter avec nous, et nul doute que nous arrivions ensemble à l'amélioration de notre condition sociale.

Voilà, mes chers confrères, le compte-rendu succinct de nos travaux de la première année; ils sont très appréciables, et ils continueront à l'être de plus en plus, grâce à la bonne harmonie qui existe depuis longtemps entre nous tous.

Le Secrétaire-général, Dr H. Lécuyer.

L'Assemblée approuve le rapport ci-dessus et décide qu'il sera envoyé au *Concours médical,* qu'elle remercie, du vote de la somme de 2,500 fr. pour la création d'un supplément mensuel destiné à la publication des extraits des procès-verbaux des Syndicats.

L'ordre du jour appelle la nomination du bureau, par acclamation, à l'unanimité, les membres sortants sont réélus pour un an.

La séance suivante est fixée au 16 octobre à Fismes.

Ordre du jour.

Etudes sur le rapport de M. Marquet concernant l'exercice de la pharmacie.

Le Secrétaire-général : Dr H. Lécuyer (*de Beaurieux*).

Syndicat médical du Vexin

Réunion du 4 juin 1882.

La séance du 4 juin, qui a eu lieu à 4 heures, à Gisors, comptait quinze membres présents. — MM. Bariod, Toutain et Viennot, n'ayant pu se rendre à cette réunion, s'étaient fait excuser.

Le Bureau, formé à la séance précédente, seulement à titre provisoire, a été constitué, par un nouveau vote, ainsi qu'il suit :

MM. Dufay, Président;
Gauthier, Vice-Président, 1er Syndic ;
Perier, 2e Syndic;
Jagu, Secrétaire-Trésorier.

Le Bureau est nommé pour un an, avec réélection possible pendant trois années consécutives.

Il est décidé que le nombre des séances annuelles est de deux, l'une en Juin, l'autre en Octobre.

Plusieurs membres font remarquer que cette séance étant la première à laquelle la plupart des membres adhérents aient assisté, il est nécessaire de procéder à une nouvelle lecture des Statuts, afin d'en discuter les articles et de s'arrêter à un texte définitif.

M. le Président propose ensuite aux Membres du Syndicat de s'occuper immédiatement de quelques questions de déontologie, afin d'établir des règles fixes, bien précises, destinées à marquer notre ligne de conduite dans la pratique professionnelle et que chaque Membre du Syndicat sera tenu de suivre.

M. Gauthier présente et fait voter les articles suivants:

Art. i. — Les Membres du Syndicat feront connaître à leurs confrères voisins les noms des clients qui n'auraient pas fait droit à leurs réclamations d'honoraires. Dans ce cas, les confrères devront refuser leurs soins à ces malades, sauf autorisation du confrère lésé et devront, à défaut d'espèces, accepter un billet dont le délai maximum sera de six mois.

Art. ii. — Tout Médecin appelé à remplacer un confrère au cours d'une maladie, soit aiguë, soit chronique, devra refuser ses soins, si ce dernier n'est pas indemnisé dans les conditions indiquées au précédent article.

Art. iii. — Les Membres du Syndicat s'engagent à refuser toute relation professionnelle avec les confrères de la circonscription du Syndicat qui refusent d'en faire partie.

Adopté.

A six heures, la séance est levée, après le prélèvement d'une cotisation de dix francs par personne. — Tous les membres se sont ensuite réunis en un banquet confraternel.

Réunion du 29 octobre 1882.

Sont présents : MM. Dufay, Demomerot, Périer, Cluzeau, Langlois, Capron, Pasquet, Avenel, Jagu, Gauthier, Bénard, Derevoge et Clément.

MM. Demomerot et Capron, nouveaux adhérents, sont admis à l'unanimité.

M. Dufay, après avoir remercié ses confrères du plaisir qu'il éprouve de pouvoir leur être utile, en acceptant la présidence, fait un appel chaleureux à la bonne volonté et au dévouement de chacun pour concourir au succès d'une institution si utile et si confraternelle, et insiste sur la nécessité qu'il y ait, de la part de tous, une promesse d'honneur d'observer le règlement ; que c'est du reste une question vitale pour mener à bonne fin une innovation reconnue nécessaire.

M. le Secrétaire fait part des lettres qu'il a reçu de quelques confrères. A ce sujet, MM. Toutain, Vattier, Petit-Bregnat, Camel, Quillet, ayant répondu à la lettre d'invitation par une acceptation du titre de membre du Syndicat, sont admis à l'unanimité, — et il est convenu qu'un blâme leur sera adressé pour ne pas avoir confirmé cette acceptation par leur présence à la réunion.

MM. Viennot, Metton, Bariod, absents, sont par vote soumis à l'amende, conformément à l'article VI des statuts, leurs excuses n'ayant pas été reconnues valables.

MM. Cesbron et Vieo, absents pour cause majeure, sont excusés.

Quelques membres étant arrivés fort tard à la réunion et ayant, par ce fait, rendu la séance beaucoup trop courte pour être profitable à une discussion sérieuse de l'ordre du jour, M. Gauthier propose de mettre à l'amende de 2 francs tout confrère en retard d'une demi-heure. MM. Cluzeau et Jagu proposent de n'accepter aucune excuse. Sur les instances de quelques membres, on s'en tient à l'article du règlement.

L'ordre du jour appelle la discussion au sujet du mode de recouvrement des honoraires.

M. Jagu, voulant en assurer le succès, et, par un mode uniforme et général employé par tous les membres du Syndicat, rendre la mesure efficace et non préjudiciable à l'intérêt d'un membre quelconque, propose deux formules, la première, énonçant le chiffre des honoraires dus, et la seconde, beaucoup plus pressante, en cas de non-efficacité de la première.

Une discussion assez prolongée a lieu, et il est décidé que chaque membre devra, deux fois par an, en janvier et juillet, adresser à ses clients une première lettre dont la formule est laissée au choix de chacun, et qui, dans le cas où cette réclamation aura été sans résultat, en adresser une seconde, mais celle-ci d'une formule uniforme pour tous les membres du Syndicats. Cette convention est, du reste, ratifiée par un vote. La voici :

M...

J'ai l'honneur de vous informer que mes honoraires pour soins donnés jusqu'à ce jour sont de
et que, dans le cas où vous laissoriez cette lettre *sans réponse*, j'en opérerai, pour vous éviter tout dérangement, le recouvrement, par la poste ou par tout autre intermédiaire.

Veuillez, M... etc.

Quelques membres, rappelant un article additionnel aux Statuts, voté sur la propositon de M. Gauthier, à la séance du 4 juin et ainsi conçu :

Art. 3. — Les membres du Syndicat s'engagent à refuser toute relation professionnelle avec les confrères de la circonscription du Syndicat qui refusent d'en faire partie,

Font observer qu'il serait inadmissible et même malséant de rompre toute relation professionnelle avec des confrères honorables, sous prétexte qu'ils ne partagent pas nos idées à propos du Syndicat, et qu'il y aurait même là un obstacle sérieux au rapprochement de ces mêmes confrères.

L'auteur lui-même de l'article incriminé propose le nouveau texte :

Art. 3. — Les membres du Syndicat pourront continuer à entretenir des relations professionnelles avec les confrères qui ne veulent pas faire partie du Syndicat, à condition que ces confrères observeront les articles I et II.

Adopté.

— A propos d'un cas particulier de rapports professionnels entre les docteurs Gauthier et Pasquet, la proposition suivante est soumise au vote de la chambre :

« Un confrère peut donner des soins à un membre de société de secours mutuels, bien qu'il soit débiteur d'un autre médecin, jusqu'à l'année révolue; mais, à partir de l'année suivante, les confrères devront prévenir les bureaux de secours mutuels du droit imprescriptible des confrères conformément aux articles I et II des statuts.

Adopté.

Vient ensuite la discussion d'une question intéressante, celle de savoir si les médecins doivent proportionner leurs honoraires au succès ou insuccès des soins donnés ?

A ce sujet, M. Gauthier demande la parole pour faire le récit suivant : « En 1881, je fus appelé la nuit près du nommé Sédille Pierre, du Petit-Serans (Oise), qui, renversé par sa vache, avait une luxation coxo-fémorale. Le malade est un homme d'une soixantaine d'années, très puissant; ce détail, joint aux défauts d'aides et de moyens de traction, me firent remettre l'opération au lendemain. Je préviens la famille, que voulant endormir le malade, j'amènerais avec moi le Dr Pasquet. — Le lendemain, à sept heures, nous sommes à notre poste. Le malade est placé sur des matelas par terre, les lacs pour l'extension et la contre-extension sont disposés classiquement : on donne le chloroforme. Le malade, sans être un buveur, est néanmoins presque réfractaire au chloroforme. Aussi, malgré des doses énormes, le relâchement muscu-

laire complet ne peut être obtenu. Le malade résiste, les aides font mal les tractions. Enfin, après plusieurs tentatives, la tête descend, et la luxation d'iliaque, devient ischio-pubienne. Les moyens de douceur sont employés, et quoi qu'on fasse, aussitôt qu'on abandonne la jambe, la tête tend à reprendre la position iliaque.

Les aides n'en peuvent plus, le malade demande grâce, et les médecins ne se font pas prier pour l'accorder. Il y a *quatre* heures qu'on use du chloroforme et qu'on fait des efforts. On décide qu'on recommencera le lendemain, ou que le malade ira demander secours à la maison Dubois à Paris. Le lendemain je me rends chez le fils, dès le matin, pour lui demander s'il faut retourner avec des moyens de traction plus convenables. — Celui-ci me répond : « Mon père n'a pas besoin de vous, il est remis! — Ah! et comment cela? — C'est bien simple; on a été à Vincennes chercher un rebouteur, qui l'a touché, et l'a remis de suite... et il n'a pas eu besoin d'ôter sa veste! » allusion délicate à la chemise que nous avions trempée, pour remporter la nôtre... de veste. Evidemment une simple traction avait ramené la luxation ischio-pubienne, et le malade ne devait jamais recouvrer les mouvements de l'articulation; au lieu d'avoir le pied en dehors, il l'avait en dedans, perdant toute possibilité de flexion du corps en avant. — Je n'ai pas besoin de relater le bruit immense que cela fit dans la contrée.

Sur la proposition du docteur Pasquet, nous avons réclamé 500 francs. L'affaire a été plaidée à Beauvais par moi-même. Relater la mauvaise foi des gens par la voix de l'avocat avocassant, c'est inutile, chacun connaît cela : c'est toujours la même chose. — Le tribunal a condamné le défendeur à payer aux médecins la somme de 150 francs, et à tous les frais, ce qui, somme toute, peut être considéré comme le gain du procès. Les médecins lésés font néanmoins appel au Syndicat pour que tous soins soient refusés au nommé Sédille, jusqu'à paiement des 350 francs que le tribunal a retranchés de la première demande. Ils estiment que là, seulement, sera la sanction de cette affaire aux yeux du public.

Cette décision est alors prise par la majorité des membres du Syndicat, moins une voix, quoique plusieurs membres trouvent exagérés le chiffre des honoraires réclamés.

Tarif minimum obligatoire

pour le Syndicat médical du Vexin.

Visite dans la résidence	2 et 3 fr.
Consultation dans le cabinet	2 et 3 fr.
Visite hors la résidence	1 fr. par kilom. aller et retour.
Visite en consultation avec confrère. Visite à heure fixe. Visite de nuit.	5 fr. dans la résidence, double en dehors de la résidence sans être moindre de 10 fr.

N. B. — Les visites de jour ont lieu de 6 heures du matin à 8 heures du soir en toutes saisons.

Certificats devant être produits en justice	5 fr.
Certificats de décès : prix de la consultation ou de la visite	
Examen d'un conscrit	5 fr.

Opérations.

Saignée	3 fr.	visite en plus (1)
Ventouses sèches	3	»
Ventouses scarifiées	5	»
Extraction de dent	Prix de la consultation ou de la visite.	
Section du filet	»	
Séton	10 fr.	
Cautère potentiel	5	
Cautère actuel	5 à 10 fr.	
Toucher vaginal	3 à 5 fr.	visite en plus
— rectal	»	
Examen spéculum	5 fr.	visite en plus
Cautérisation utérine au fer rouge	10	»
Application d'un pessaire	3	»
— d'un bandage herniaire	3	»
Pansement simple	Prix de la visite 3 à 5 fr. visite en plus	
— compliqué		»
Ouverture d'un abcès superficiel	3 fr.	visite en plus
Ouverture d'un abcès profond ou phelgmon	10	»
Taxis simple	5	»
Cathétérisme	5	»
répété	3	
Anesthésie locale	5	»
générale	25	»
Ponction abdominale	25	»
répétée	10	»
Thoracentèse	50	»
Ponction d'hydrocèle et injection	50	»
Amygdalotomie	20	»
Sutures	5	»
Hernie étranglée	100	»
Amputation du sein	100	»
Trachéotomie	100	»
Ablation d'un ongle incarné	25	»
Fissure à l'anus	50	»
Fistule à l'anus	100	»
Bec-de-lièvre simple	25	
Kystes ou lipomes du cuir chevelu de	10 à 50 fr.	»
Electrisation	3	»
Vaccination	3 ou prix de la vis.	
Accouchement simple	30	visites en plus
— avec forceps	60	»
— avec version	60	»
Délivrance simple	20	»

(1) *Visite en plus* veut dire : Déplacement hors la résidence *en plus*.

Luxations simples.

Du maxillaire	20 fr.	visite en plus
De l'épaule	50	»
Du coude	50	»
Des doigts	10	»
De la cuisse	100	»
De la rotule	10	»

Fractures simples.

Du maxillaire	30 fr.	visite en plus
De la clavicule	30	»
Des côtés	10	»
Du bras	50	»
De l'avant-bras	50	»
Du doigt	5	»
De la cuisse	80	»
De la rotule	30	»
De la jambe	60	»

Amputations

Du doigt	20 fr.	visite en plus
De l'avant bras	100	»
Du bras	100	»
De la jambe	100	»
De la cuisse	150	»

Observations :

N. B. — Il a été convenu, entre les membres du Syndicat, que le présent tarif devra servir de point de repère pour la fixation *au minimum* des honoraires, et que chacun devra s'y conformer, sauf le cas où, en conscience, on sera dans la nécessité absolue de l'abaisser, c'est-à-dire dans le seul cas où le client sera parfaitement connu comme n'ayant pas de ressources suffisantes.

Fixation des honoraires entre confrères concourant à une même opération.

Lorsqu'un confrère en appelle un second pour l'assister dans une opération, la famille doit à ce dernier le tiers du prix accordé par le tarif à l'opérateur.

Si c'est le confrère appelé qui opère, le médecin de la famille et l'opérateur partagent la somme équivalant au total fourni par le prix du tarif et celui attribué à l'aide. — Tout aide supplémentaire a également le tiers du prix fixé par le tarif.

Exemple. — Le confrère A... médecin de la famille H., appelle comme opérateur, dans une amputation de cuisse, le confrère B... et, comme aides, les confrères C... et D... Le prix fixé par le tarif pour l'amputation de la cuisse étant de 150 fr., la famille H... devra, à chacun des médecins A... et B..., la somme de 150 fr. plus 50 divisé par 2, c'est-à-dire 100 fr. et aux médecins C... et D... chacun 50 fr. c'est-à-dire le tiers du prix du tarif.

Association syndicale des médecins de la haute-Saône

Assemblée générale, à Vesoul, le 5 juillet 1883.

Présidence de M le Dr Maussire.

Le Président prononce l'allocution suivante :

« Il y a un an, à pareille époque, nous étions réunis, pour la deuxième fois, en assemblée générale; je vous faisais connaître alors tous les avantages que nous avions obtenus depuis la création de notre Syndicat, et je vous promettais que, si nous le voulions sincèrement, nous arriverions à des résulats plus sérieux encore.

« Je vous disais que dans quelques localités, un certain nombre d'entre nous avaient augmenté leurs recettes en élevant le chiffre de leurs honoraires et en recouvrant plus facilement ce qui leur était dû, et j'ajoutais qu'en mettant en pratique notre devise : *Union et Concorde*, nous forcerions les diverses administrations à nous rétribuer plus largement qu'elles ne l'avaient fait jusqu'alors, et que nous arriverions, par la suite à obtenir la révision de la médecine légale.

« Me suis-je trompé dans mes prévisions ? Notre Association a-t-elle fait preuve de vitalité ? C'est ce que, dans ce rapport, je vais essayer de démontrer. Mais, auparavant, permettez-moi, Messieurs, de payer à nos morts notre tribut d'hommages et de regrets. »

M. le Président fait l'éloge de MM. les Docteurs Chanet et Michel, et continue en ces termes :

« Le Syndicat médical a-t-il fait preuve de vitalité et avons-nous, depuis son existence, obtenu des avantages de quelque importance au point de vue de la déontologie médicale, de l'augmentation et du recouvrement de nos honoraires de la part du public et de diverses administrations ?

« Oui Messieurs ! Ainsi il résulte des rapports des délégués des sous-syndicats de Vesoul, Gray et Lure, que les relations entre confrères sont beaucoup plus cordiales que par le passé; que, dans un grand nombre de localités, le chiffre de nos honoraires a pu être élevé sans trop de difficultés, et que comme le dit le docteur Guilleminot, le fait d'envoyer des notes avec la mention : *Syndicat médical*, impose aux clients, qui n'osent pas trop se plaindre et paient plus facilement.

« Relativement aux diverses administrations, nous avons obtenu gain de cause, non en totalité mais en grande partie. Voici ce qui s'est passé :

« A notre première réunion générale, une commission de douze membres, munie de pleins pouvoirs, a été nommée par nous pour s'occuper : 1° de la *Réorganisation de la médecine cantonale ;* 2° du *Service médical des bureaux de bienfaisance* ; 3° du *Service médical des Sociétés de secours mutuels* ; 4° de la *Révision de la législation médicale.*

« Cette commission s'est assemblée le 15 juillet

1882, et, après avoir entendu divers rapports, entre autres celui du docteur Spindler, qui nous a été d'un grand secours, et après en avoir discuté les points principaux, elle a décidé :

1° *Réorganisation de la médecine cantonale.*

« Qu'au sujet de la *Réorganisation de la médecine cantonale*, il n'était pas temps encore, pour plusieurs raisons, au point de vue budgétaire principalement, de demander, chose juste et vraiment libérale, la liberté pour chaque indigent de choisir son médecin ; qu'il fallait se restreindre dans ses prétentions, et qu'il valait mieux, pour le moment, demander peu afin de ne pas eprouver d'échec.

« Il fut donc résolu que votre Président adresserait une lettre à M, le Préfet de la Haute-Saône, pour lui annoncer que l'Association syndicale désirait la réorganisation de la médecine cantonale, et le prier de lui fixer une entrevue à ce sujet.

« L'entrevue se passa le 28 juillet suivant. M. le Préfet, déjà prévenu de la question par plusieurs de nos confrères, reconnut la justesse et la modération de nos réclamations et promit de nous appuyer dans la mesure de son pouvoir.

« Les sessions du Conseil d'arrondissement et du Conseil général eurent lieu quelques temps après ; nos confrères membres de ces deux assemblées, et parmi eux le distingué professeur Michel, surent convaincre leurs collègues de la bonté de notre cause, et dès lors, cette dernière était gagnée.

« Quelques-uns d'entre vous trouveront peut-être que l'augmentation de 0 fr. 02 par tête d'habitant est faible ; mais qu'ils soient persuadés que toute demande plus accentuée eût été refusée, et qu'ils veuillent bien considérer que cette augmentation qui, au premier abord paraît si minime, est cependant de **9,000** fr. environ, y compris la vaccine, qui, comme vous le savez, est maintenant rétribuée.

« En effet, jusqu'au 1er janvier 1883, nous touchions, chaque année, pour le traitement médical des indigents de 462 communes et la vaccination, la somme de.. 16,541 fr.

« Présentement, par suite de la réorganisation de la médecine cantonale, nous recevons, au lieu de 0 fr. 08, 0 fr. 10 par tête d'habitant, ce qui nous donne pour 423 communes qui ont accepté cette nouvelle organisation, environ la somme de.. 18.172

« Soit une augmentation de........ 1.631

(Les autres communes ont préféré faire soigner leurs malades en s'entendant avec un ou plusieurs médecins de leur choix).

« Si nous ajoutons à cette somme la rétribution vaccinale qui se monte environ à................................ 7.300

« Nous aurons une augmentation de... 8.931

sur les chiffres de ces années dernières, soit plus de moitié (1).

(1) Cette somme, obtenue grâce au Syndicat, sera distribuée tout aussi bien à nos adhérents qu'aux confrères qui ne font pas encore partie de l'Association.

« Si, Messieurs, nous avons obtenu un légitime succès relativement à la médecine cantonale, il est loin d'en être de même pour la réorganisation des bureaux de bienfaisance.

2° *Bureaux de bienfaisance.*

« Parmi les communes de la Haute-Saône qui n'ont pas adhéré au *Projet d'organisation de la médecine cantonale*, il en est quatre, les plus importantes, Vesoul, Gray, Lure, Luxeuil.

« La Commission ayant pensé que ces villes pouvaient parfaitement donner aux médecins des indigents les honoraires que les communes, même les plus pauvres, allouent aux leurs, j'écrivis à MM. les maires de ces villes (M. le maire de Luxeuil excepté, les médecins de cette localité préférant rester complètement libres), pour les prévenir que je tenais à leur disposition le *Projet de réorganisation des bureaux de bienfaisance* adopté par la Commission syndicale, et que j'étais à leur disposition s'ils désiraient des renseignements plus détaillés à ce sujet.

« Le maire de Vesoul répondit à ma lettre, en disant que la Commission du bureau de bienfaisance ne voulait allouer aucune rétribution aux médecins ; que ceux-ci étaient libres de donner ou non des soins aux indigents ; que l'hôpital était fait pour eux, et qu'il n'y avait qu'à les y envoyer.

« Que faire ? Adresser une pétition au Conseil municipal de Vesoul ? Réussirait-elle, et quelle somme serait votée ? Les médecins de Vesoul, consultés, furent d'avis d'en rester là, pensant qu'il était plus honorable pour eux de ne dépendre de personne, de soigner qui ils voudraient, et de conserver ainsi le droit de dire aux malades ennuyeux : *Nous ne vous devons rien ; il y a l'hôpital : allez-y.*

« Nos confrères de Lure ont été plus heureux que nous, car j'ai appris, il y a quelques jours, que la municipalité de cette ville leur avait promis une somme de 400 fr. par an.

« J'attends encore des renseignements sur ce qui s'est passé à Gray.

3° *Sociétés de secours mutuels.*

« La troisième question traitée par la commission était celle-ci : *Rapport des Médecins avec les Sociétés de secours mutuels.*

« Parmi les Sociétés existant dans notre département, on distingue celle des pompiers de Vesoul, de Saint-Desle, à Lure, des instituteurs et des cantonniers.

« Selon la décision de l'assemblée générale, corroborée par la commission, j'ai envoyé aux présidents de ces Sociétés une lettre les prévenant qu'à partir du 1er janvier 1883, leurs malades sociétaires seraient compris dans la 3e catégorie du tarif du Syndicat, et traités comme les clients ordinaires de cette classe ; il importe donc, dorénavant, que nous leur appliquions ce tarif en toutes circonstances.

« Il y a encore une autre Société de secours mutuels à Gray ; je ne la connais pas suffisamment pour en parler ; tout ce que je sais, c'est qu'ayant à sa disposition plusieurs médecins, dont les uns font partie du Syndicat, tandis que les autres ne sont pas encore enrôlés dans nos rangs et ne veulent pas accepter notre règlement en matière d'honoraires, les premiers peuvent parfaitement, sans violer les Statuts,

accepter le tarif actuellement en vigueur dans cette Société, tant que cet état de choses persistera.

4o *Révision de la législation médicale.*

« J'arrive, Messieurs, à la quatrième et dernière question traitée par la Commission, elle a rapport à la *Révision de la législation médicale.*

« Cette question est, vous ne l'ignorez pas, d'une importance capitale, votre commission ne l'a envisagée qu'à un seul point de vue, celui des honoraires en matière médico-légale, elle m'a chargé de m'entendre à cet égard avec notre excellent Conseil judiciaire, M. l'avocat Grillon, toujours prêt à nous aider de ses conseils complètement désintéressés et que nous ne saurions tous assez remercier.

« M. Grillon, après avoir pris connaissance de la demande adressée au Parlement, dans le courant de l'année, au nom de l'Association de prévoyance des médecins des Vosges, par le Dr Lardier, de Rambervillers, a bien voulu rédiger la pétition suivante, dont j'ai envoyé une copie à notre confrère vosgien, en même temps que j'en expédiais une autre au Propagateur des Syndicats, le docteur Cézilly, directeur du *Concours*, pour être remise à la Chambre des députés :

A MM. les membres de l'Assemblée nationale.

« Les médecins de la Haute-Saône, constitués en Association syndicale, et réunis en assemblée générale le 6 juillet 1882,

« Ont l'honneur de vous exposer respectueusement, par l'organe du président de la chambre syndicale soussigné,

« Qu'ayant appris que l'Association de prévoyance des médecins des Vosges avait, dans le courant de cette année, adressé au Parlement une pétition tendant à l'abrogation des règlements en vigueur pour la fixation des honoraires dus aux médecins en matière médico-légale, et à la révision des tarifs réglant ces rémunérations, ils ont pris une délibération par laquelle ils s'associent à leurs confrères.

« Adoptant les motifs de leur demande, s'inspirant des considérations d'équité et de justice qui ont déterminé leurs confrères à demander une révision réclamée par tout le monde, et que l'ordre de choses actuellement existant impose de toute nécessité au Gouvernement,

« Ils ont l'honneur de vous demander de provoquer, dans les bureaux du Ministre compétent, l'étude de révision des décrets des 18 juin 1811 et 7 avril 1813, ainsi que de l'ordonnance du 28 novembre 1838, et de demander au Gouvernement la promulgation de décrets nouveaux, parlesquels une rémunération convenable serait allouée aux médecins requis par les magistrats du parquet ou de l'instruction, d'abandonner leur clientèle et leurs affaires dans un intérêt public. »

« Cette pétition n'a pas abouti jusqu'alors; mais j'espère que plus tard, comme je le disais l'an dernier, lorsque le nombre des Syndicats ayant augmenté, il se sera établi une entente obligée entre eux, nous forcerons les mains au Parlement et nous arriverons à une augmentation sérieuse de nos honoraires, et même à la révision de quelques articles surannés qui régissent la médecine légale.

« Je pourrais terminer ici mon rapport ; mais, Messieurs et chers confrères, il me semble qu'il est de mon devoir, non-seulement de vous rendre compte de tout ce qui s'est passé depuis notre dernière réunion, mais encore de vous entretenir de questions importantes, souvent difficiles à résoudre en pratique, et insuffisamment connues de beaucoup d'entre nous. »

« Ces questions sont au nombre de trois :

« 1o *Réquisition des médecins de la part du pouvoir judiciaire ;*

« 2o *Rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances contre les accidents ;*

« 3o *Des certificats sur papier timbré et sur papier libre.*

1o *Réquisition des Médecins.*

« Il m'était impossible de traiter sérieusement cette partie de la médecine légale; et cependant, comme il est urgent de la connaître à fond, j'ai prié notre Conseil judiciaire de vouloir bien l'étudier.

« M. l'avocat Grillon s'est empressé de satisfaire à mon désir ; il m'a envoyé le travail qui va suivre, qui n'a jamais été fait aussi complètement, et que je ne saurais trop recommander à votre attention.

(Ce travail sera publié ultérieurement dans la chronique professionnelle).

2o Rapports des Médecins avec les Compagnies d'assurances contre les accidents.

Il y a deux espèces d'assurances contre les accidents : les *individuelles* et les *collectives*; je ne m'occuperai que de ces dernières.

On appelle *collectives* les assurances qui sont faites par la Compagnie et un patron au nom de ses ouvriers, et qui ont pour but de donner à un ouvrier, blessé pendant son travail, tant par jour, aussi longtemps que durera l'incapacité de travail, ou une somme totale, si l'incapacité est permanente ou si la mort s'ensuit.

« On distingue parmi ces Compagnies : 1o celles qui, moyennant une rétribution de 5 à 6 fr., chargent un médecin de constater une blessure, son degré de gravité et sa guérison; 2o celles qui, pour la même rétribution, obligent leur médecin, en outre des constatations plus haut, à donner les premiers soins au blessé; 3o celles enfin qui exigent un certificat de blessure très détaillé, sans vouloir le payer.

« Je ne parlerai des deux premières que pour vous engager, chers Confrères, à n'accepter leurs offres qu'à ces conditions : 1o que la somme de 5 à 6 fr. sera donnée pour les constatations relatées plus haut, dans la localité habitée par le médecin, et qu'en cas de déplacement, il sera alloué en plus une indemnité de 1 fr. par kilomètre (aller et retour) ; 2o que l'article qui nous force à donner les premiers soins au blessé sera rayé : remettre une luxation ou poser un premier appareil de fracture pour 6 fr. serait chose absurde.

« Quant à celles qui exigent des certificats détaillés, en laissant le paiement à la charge des assurés, et parmi lesquelles je citerai la *Vintherthur*, Compagnie suisse, nous devons les repousser, au double point de vue des honoraires, qui ne seront jamais payés, et surtout du secret médical.

« En effet, le blessé étant obligé, pour recevoir une indemnité, de présenter un certificat constatant

sa blessure, s'adresse naturellement au médecin qui le soigne, et alors celui-ci, lié par le secret professionnel, se trouve dans un très grand embarras pour répondre aux questions de la police, concernant les antécédents héréditaires (diathèse cancéreuse, tubercule, syphilis) et l'état de santé du blessé antérieurement à l'accident. S'il ne répond pas, la Compagnie ne donne rien ; s'il répond, il viole le secret médical.

Cette situation n'a pas été acceptée par le Comité syndical de Meurthe-et-Moselle, où la *Vintherthur* compte un assez grand nombre d'assurés, et nos confrères, sous la présidence du docteur Deligny, de Toul, de qui je tiens ces détails, ont pris la délibération suivante, qu'ils ont envoyée au représentant de la Compagnie à Nancy :

LE SYNDICAT DE MEURTHE-ET-MOSELLE

Considérant : 1° Que nulle transaction ne peut mitiger la stricte exécution de l'article 378 du Code pénal sur le secret médical ;

2° Que la dignité professionnelle, au sujet de laquelle il refuse toute discussion, impose au médecin de ne rien révéler de ce qu'il apprend en donnant des soins aux malades et aux blessés, même avec le consentement de ces derniers ;

3° Qu'au cas particulier de blessés assurés sur les accidents, un seul médecin ne peut représenter en même temps les intérêts opposés des blessés et des Compagnies d'assurances, sans s'exposer à voir, dans les cas litigieux, son témoignage écrit ou oral évoqué contre le blessé, dont il trahirait ainsi la confiance.

Déclare :

1° Que le médecin traitant un blessé assuré contre les accidents lui refusera tout certificat contenant autre chose que l'énonciation pure et simple de son diagnostic, et de la durée de son incapacité de travail due à l'affection présente ;

2° Que les médecins ne délivreront de *certificats détaillés* aux Compagnies d'assurances sur les accidents, qu'à des blessés qu'ils n'auront pas soignés, et qu'à titre *d'experts* rétribués par les Compagnies.

« La *Vintherthur* est peu représentée dans la Haute-Saône; il en est de même de la *Royale belge*, de la *Caisse paternelle*, etc., mais, d'un moment à l'autre, nous pouvons avoir des relations avec elles, et comme notre dignité s'oppose à ce que nous nous soumettions à leurs conditions, je vous propose d'accepter complètement les résolutions de nos confrères de Meurthe-et-Moselle, et d'envoyer, *s'il y a lieu*, à notre tour, le résultat de nos délibérations au siège de ces sociétés. »

(Cette liste a été publiée dans le *Concours*, — année 1879 — n° 22, le Journal la reproduira ultérieurement.)

Le Président continue en ces termes :

« Je terminerai ce long rapport de la même manière que celui de l'an dernier, en rappelant à l'ordre un grand nombre de mes confrères, tous ceux qui, ayant de mauvais clients, pouvant et ne voulant pas payer, violent l'article 5 des statuts, qu'ils ont rédigé et voté.

« On dirait, lorsqu'on voit nombre de médecins s'abste r de remplir les obligations imposées par cet article qu'ils n'ont pas encore compris combien est puissa t le levier que nous avons entre les mains.

« Que voulons-nous ? Qu'entendons-nous par *Livre noir* ?

« Nous voulons et entendons insérer sur un livre que nous appellerons noir, ou rouge, ou lilas, n'importe, les noms de nos mauvais clients, qui peuvent et ne veulent pas payer ; de ces gens qui ne craindront pas de nous déranger à toute heure du jour ou de la nuit, ceux-ci parce qu'ils ont des indigestions, ceux-là parce que leurs femmes ont des tranchées, ou leur dernier petit des rages de dents ; de ces individus qui sont la plaie de la profession, qui courent d'un médecin à l'autre, disant au deuxième le plus de mal possible du premier, et qui font ainsi deux ennemis de deux hommes faits pour s'aimer et se respecter.

« Pourquoi faire des cadeaux à ces gens-là? N'avons-nous pas assez de clients, reconnaissants ou non, convenables ou non, mais reellement pauvres, sans encore faire la charité à souvent plus riches que nous? Nous nous plaignons de cette espèce de bipèdes; nous sommes armés contre eux, et nous hésitons à nous servir de ces armes; c'est là une faiblesse et une inertie coupables.

« Il est pourtant si simple de dire à Pierre : « Pierre, vous devez tant au docteur B.; payez mon confrère ou confiez-moi l'argent dont vous lui êtes redevable, et je m'empresserai de me rendre à votre appel. »

« Mais non; A., par insouciance, jalousie, ou par peur du qu'en-dira-t-on, se rend à l'appel de Pierre, sans se douter qu'il tire sur ses propres pigeons, et qu'un autre médecin, C.., agira envers lui comme il a agi envers B.

« Nous devons être tous solidaires les uns des autres, nous entr'aider constamment, et il ne faut pas que quelques-uns, forts d'eux-mêmes, de leur position, de leur fortune, restent indifférents à *tout ce qui ne les intéresse pas directement*. Réfléchissez à cela, Messieurs, et vous reconnaîtrez que j'ai raison d'engager A. à ne soigner Pierre *que s'il y a péril en la demeure*, et à ne retourner une deuxième fois chez lui que s'il a rempli ses obligations vis-à-vis de son premier médecin B. Si nous le voulons, quelle force, quelle puissance nous aurons par le *Livre noir* !....

« Chacun de nous a des Pierre dans sa clientèle, et tient à rentrer dans son dû, ses déboursés ! Que chacun de nous inscrive donc, sur le *Livre noir*, *ceux dont il a à se plaindre, ceux qu'il voudra, car il a la liberté la plus grande pour le faire.*

« En prenant cette habitude, nous en retirerons honneur et profit : profit, car nous recouvrerons des sommes considérées comme perdues; honneur, car nous ne serons plus la fable du public, habitué jusqu'alors à voir les médecins se dénigrer, se déchirer les uns les autres, et nous serons traités avec beaucoup plus de respect (1).

« J'aurais bien encore des observations à présenter relativement aux rapports de quelques confrères entre eux; mais j'ai assez abusé de votre patience, et je me contenterai, pour finir, de rappeler à tous l'article 1er de notre Code de Déontologie :

« Les médecins honorent leur profesion en s'honorant eux-mêmes dans leurs rapports confraternels,

(1) Voir l'article 5 des Statuts et le Compte-Rendu de l'Assemblée générale du 6 juin 1882.

et, par conséquent, en observant vis-à-vis les uns des autres les plus grands égards en actions et en paroles. »

Après la lecture de ce rapport, l'assemblée en ordonne l'impression et l'envoie à tous les médecins de la Haute-Saône.

Médecins et Compagnies d'assurances contre les accidents.

L'assemblée : décide qu'une somme de 5 à 6 fr. sera donnée par les Compagnies pour deux certificats, constatant l'un la blessure, l'autre la guérison, dans la localité habitée par le médecin, et, qu'en cas de déplacement, il sera alloué, en plus, 1 fr. par kilomètre (aller et retour compris). — Le médecin ne devra, pour cette somme, aucun soin ni aucun pansement au blessé, qui sera obligé de venir dans son cabinet, quand sa blessure le lui permettra, pour les constatations dont il est parlé.

Quant aux autres Compagnies qui prétendent laisser au blessé le soin de payer les certificats, l'assemblée adopte, à leur sujet, les résolutions prises par le Syndicat de Meurthe-et-Moselle, et indiquées dans le compte-rendu du Président.

Conservation du vaccin.

L'assemblée générale, considérant qu'il est très difficile d'avoir du bon vaccin (1), émet le vœu que la somme donnée annuellement au conservateur soit distribuée entre tous les médecins vaccinateurs du département, qui alors s'en procureront où bon leur semblera. Elle charge son Président de s'entendre à cet égard avec M. le Préfet de la Haute-Saône.

Révision des Statuts.

L'ordre du jour appelle la révision d'un certain nombre d'articles des Statuts, et voici les modifications introduites dans ces articles :

Articles 10 et 19. — A partir du 5 juillet 1884, chaque adhérent versera 5 fr. au moment de son admission, et s'engagera à acquitter une cotisation annuelle de 10 fr. au lieu de 5. Sur ces 10 fr., la Chambre syndicale prélèvera une somme suffisante pour offrir, après la séance, un banquet *gratuit* à tous les membres présents.

Les médecins qui, pour une raison quelconque n'auront pas assisté à la séance, ou ne voudraient pas assister au banquet, verseront quand même cette cotisation.

L'article 19 est supprimé, donc plus d'amende en ce qui concerne la réunion générale.

Article 25. — Si un médecin syndiqué vient à commettre un fait grave, de nature à blesser la dignité professionnelle, la Chambre syndicale sera seule juge de la pénalité encourue par ce médecin, qui devra toujours être appelé à se défendre. La sentence sera rendue à la majorité des membres, qui ne devront jamais être moins de sept. En cas de partage égal des voix, celle du Président sera prépondérante. Le médecin condamné pourra, s'il le désire, en appeler à l'assemblée générale, dont la décision sera souveraine.

Déontologie

Si un médecin est appelé par la justice pour un cas de médecine quelconque, flagrant délit, par exemple, et si un deuxième médecin est requis ensuite, au lieu et place du premier, pour les opérations ultérieures dépendant de ce cas, le second médecin devra toujours demander l'adjonction du premier confrère ou refuser son concours.

L'ordre du jour étant épuisé, le Président, après avoir remercié ses confrères de l'honneur qu'ils lui ont fait en le mettant à leur tête depuis la création du Syndicat, déclare, qu'aux termes des Statuts, les pouvoirs du bureau sont arrivés à leur fin, et qu'il y a lieu de procéder à l'élection d'un vice-président actuel, devant remplir les fonctions de président. Il cède alors le fauteuil à M. le Docteur Guillaume, qui fait procéder au vote.

Sont nommés membres de la chambre syndicale :

Président de droit : Dr Guillaume.
Vice-Président : Dr Gourdan-Fromentel.
Secrétaire : Dr Maussire.
Trésorier : Dr Voisard.

Arrondissement de Gray,

Délégués : Dr Massin, Président. — Dr Degoix, Secrétaire.

Arrondissement de Lure.

Délégués : Dr Paris, Président. — Dr Simonin, Secrétaire.

Arrondissement de Vesoul.

Délégués : Dr Coillot, Président. — Dr Guilleminot, Secrétaire.

Conseil judiciaire : Grillon, avocat.

Membres de l'Association syndicale.

Arrondissement de Gray.

MM. Bertin, Gray. — Boucon, Pesmes. — Carret, Membrey. — Clément, Dampierre. — Degoix, Pesmes. — Demaiche, Oiselay. — Gourdain-Fromentel, Champlitte. — Guyot, Tromarey. — Huguet, Vanne. — Massin, Vauconcourt. — Petitgand, Gray. — Richard, Arc-les-Gray. — Rolland, Gray. — Serrigny, Mantoche. — Siguard, Gray. — Tisserand, Gy. — Vaillandet, Pinr — Volette, Dampierre.

Arrondissement de Lure.

MM. Aubry, Saint-Loup. — Bailly, Ronchamp. — Boisson père, Lure. — Boisson fils, Lure. — Boilley, Vy-les-Lure. — Burlet, Granges-le-Bourg. — Clément, Athesans. — Fournier, Vauvillers. — Gauthier, Luxeuil. — Grisey, Melisey. — Groz, Luxeuil. — Jeanney, Saulx. — Juif, Melisey. — Levrey, Lure. — Miroudot, Villersexel. — Paris, Luxeuil. — Poulet, Planchei-les-Mines, — Simonin, Lure. — Spindler, Ronchamp.

Arrondissement de Vesoul.

MM. Biéchy, Vesoul. — Blanchot, Grandvelle. — Blandin, Port-sur-Saône. — Bontemps, Jussey. — Coillot, Montbozon. — Corne, Vesoul. — Guillaume, Vesoul. — Hory, Morey. — Letellier, Faverney. — Loiselot, Passavant. — Maussire, Vesoul. — Metzquer, Montbozon. — Mouchotte, Vitrey-sur-Mance. — Pitoy, Combeaufontaine. — Poirey, Rioz. — Pourcelot, Rosey. — Racine, Scey-sur-Saône. — Ravacley, Voray. — Voisard, Vesoul. —

(1) Le *Concours* pourra en fournir de qualité irréprochable.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

6 Octobre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 40

SOMMAIRE

FÉDÉRATION MÉDICALE BELGE

et Caisse de pensions du corps médical, pharmaceutique et vétérinaire Belges.

A M. le Dr Benoist, *de Saint-Nazaire, président de la Commission d'études d'une Caisse de pensions de droit.*

Cher confrère,

Je reviens d'un voyage à Bruxelles ; je désirais m'entretenir, comme je vous l'avais dit, de la *Caisse de pensions* à créer en France, avec les médecins distingués qui l'ont constituée en Belgique. J'espérais aussi recueillir des renseignements sur la Fédération médicale Belge, et sur la nature de ses relations avec les Associations pharmaceutique et vétérinaire.

La Belgique est la terre de l'hospitalité cordiale. On nous l'a bien prouvé en 1870 ; tous les Français en ont gardé l'ineffaçable souvenir. Le directeur du *Concours médical* a été accueilli avec un tel empressement, une telle affabilité, qu'il ne saurait trouver les termes suffisants pour remercier, au nom des membres du *Concours médical*, les médecins Belges, dans la personne de MM. Goffin, *président* de la Fédération ; Kops, *secrétaire* et conseiller communal de Bruxelles, et de M. le Dr Schoenfeld, *président du Conseil d'administration* de la Caisse de pensions, conseiller communal, et M. le Dr Martin, président du *Comité Directeur*.

Les dignitaires de la Caisse de pensions et de la Fédération, m'ont admis avec M. le Dr Evrard, président de *l'Association de l'Oise et du Syndicat de Beauvais*, à la séance annuelle de leurs institutions respectives, séance qui avait lieu, le mercredi 26, dans la salle de l'Académie. Les discussions auxquelles j'ai assisté, les conversations amicales, les conseils éclairés, vont nous permettre, cher Confrère, de profiter de l'expérience vieille de douze années de nos amis de Belgique. Ils nous ont tracé la voie, nous ont aplani les obstacles, et si les membres de la Commission que vous présidez adoptent une organisation semblable à celle de la *Caisse Belge*, les documents qu'on m'a remis, les avis qu'on m'a donnés, nous seront précieux pour mener à bien la grave entreprise qui vous est confiée.

Je viens, en conséquence, vous prier de hâter la réunion de la *Commission*. Chacun des membres rédigera son projet par articles et l'appuiera de calculs. Ces projets, une fois publiés par le journal, et examinés par la Commission, on prendra une détermination et on se mettra immédiatement à l'œuvre.

J'avais hâte d'exprimer à nos confrères de Belgique toute notre gratitude pour la part qu'ils auront prise ainsi à une œuvre de confraternité.

Le Directeur, A. CÉZILLY.

BULLETIN

M. *J. Guérin* signale des extraits du rapport du chirurgien général, Hunter, sur l'origine du choléra en Egypte. L'auteur anglais affirme que le choléra n'a pas été importé des Indes en Egypte, et que l'épidémie, avant d'éclater à Damiette, avait été précédée par des diarrhées persistantes et souvent mortelles. On le voit, le Dr Hunter reprend, pour son compte, la théorie de M. J. Guérin sur les *diarrhées prémonitoires*.

La discussion sur l'asepticité des sels de cuivre continue par une communication présentée par M. *Bouley*, au nom du Dr *Miquel*, chef du service micrographique à l'observatoire de Montsouris.

L'auteur rappelle que le sulfate de cuivre occupe un rang très élevé parmi les composés doués du pouvoir de prévenir et de suspendre la putréfaction des substances d'origine animale. C'est pourquoi les conseils d'hygiène l'ont préconisé pour arrêter la pullulation des bactéries. S'il est, sous ce rapport, plus actif que les autres sels métalliques, il doit cependant céder le pas aux composés solubles du platine, de l'or, de l'argent, du mercure. Le sulfate de cuivre possède une action aseptique un peu supérieure à celle des acides salicylique et benzoïque; il est deux fois plus désinfectant que l'acide thymique, trois fois plus que l'acide phénique, cinq fois plus que les aluns, le tannin, l'acide arsénieux, enfin, dix fois plus que l'hydrate de chloral et les sels de chloral et les sels de protoxyde de fer.

Quant à prétendre juger l'énergie d'un antiseptique à l'égard des bactéries par son indifférence à s'opposer au développement d'un mycélium de moisissure vulgaire, c'est méconnaître ce fait général, que toutes les substances antiputrides de nature minérale, y compris le brome, le chlore, l'iode, le mercure, l'or, le fer, le zinc, le cadmium, l'aluminium, etc., n'étendent leur action destructive sur ces mucédinées qu'à des doses cinq, dix et même vingt fois supérieures à celles qui frappent de mort les microbes adultes de l'ordre des bactéries. Le cuivre ne fait pas exception à cette règle. Répudier de la médecine, de la chirurgie et de l'hygiène les combinaisons cupriques, c'est se priver d'auxiliaires puissants, d'un faible prix et d'un maniement commode.

M. *Béchamp* reprend la suite de sa communication sur les microbes et microzymas. Le défaut de place nous oblige à remettre, à la semaine prochaine, le compte-rendu de ce travail.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'aphasie dans la fièvre typhoïde chez les enfants,

par le Docteur Edmond CHAUMIER.

Depuis les travaux de Broca sur la localisation de la faculté du langage, un grand nombre d'observations ont été publiées à propos de la perte de cette faculté, de l'aphasie; mais on s'est occupé surtout des cas où cette affection dépend d'une lésion grave du tissu cérébral — ramollissement, hémorrhagie, tumeur, abcès, etc. — On a moins étudié l'*aphasie transitoire* qui se montre dans le cours de certaines affections, et qui disparaît avec la maladie qui en était l'origine.

Cela tient à ce que l'on a plus rarement l'occasion d'observer ce genre d'aphasie et aussi à ce que, la plupart du temps, le manque d'autopsie ne permet pas d'étudier la cause du phénomène.

Néanmoins, on a publié des cas d'aphasie survenant dans la paralysie générale, l'épilepsie, l'hystérie, la migraine. J'ai moi-même relevé vingt-et-un cas de troubles de la parole dans cette dernière affection (1).

On a cité également des exemples d'aphasie transitoire dans la goutte et le rhumatisme.

L'aphasie, survenant dans ces conditions, peut facilement s'expliquer par un trouble circulatoire passager — congestion ou anémie, suivant les cas, ou suivant la période de la maladie — trouble circulatoire qui est, du moins dans les névroses, sous la dépendance de l'innervation vicieuse du grand sympathique.

En est-il de même de celle que l'on peut observer dans les fièvres graves?

Les autopsies apprennent peu de chose à ce sujet: elles sont, du reste, fort peu nombreuses. On ne peut donc faire que des hypothèses; mais, en comparant les symptômes observés avec ceux dont la cause a été étudiée, le scapel en main, on peut cependant arriver à une certaine précision.

Il m'a été donné d'observer deux cas d'aphasie dans le cours de la fièvre typhoïde chez des enfants: j'ai recherché les quelques observations du même genre publiées jusqu'à ce jour; et c'est

(1) Un Chapitre de l'histoire des maladies constitutionnelles: la migraine. Th. Paris, 1878.

l'étude de la question, d'après ces quelques faits, qui est l'objet de ce travail.

Et tout d'abord l'aphasie est-elle fréquente dans la fièvre typhoïde chez les enfants? Il faut croire que c'est une complication assez rare, car les auteurs qui ont écrit, tant sur l'aphasie que sur les maladies des enfants, la mentionnent à peine.

Le premier qui étudia ce phénomène morbide semble être Weisse, de Saint-Pétersbourg (1), dont les deux premiers cas remontent à 1840; Kuselmann en a publié une observation en 1844. En 1863, Boucher, de Dijon, en observa deux cas (2). Friedrich, Eisenschitz, Gerhardt (3), Tommaso Galli, Ducheck (4), ont aussi fait de semblables observations.

En 1864, Guibout en avait également rapporté un cas (5); enfin Albrecht Clarus (6) en a observé dix cas, et Bouchut un.

J'ajouterai une autre observation publiée en 1859 (7): Il s'agit d'une petite fille de huit ans atteinte d'une fièvre continue putride; le douzième jour, il survint des accidents choréiques, *la parole et la vue se perdirent*; au bout de huit jours ces phénomènes avaient disparu. » Rillet et Barthez, qui mentionnent ce fait, ne le rapportent que comme exemple de chorée dans la fièvre typhoïde.

West (8), dans ses leçons sur les maladies des enfants, ne parle pas de l'aphasie, mais laisse croire qu'il la considère comme commune dans les formes cérébrales de la maladie. Voici le passage en question :

« Ces symptômes d'amendement se montrent, en général, environ un peu avant le milieu de la troisième semaine; mais, dans beaucoup de cas, l'enfant reste encore inconscient pendant plusieurs jours après leur apparition. Il ne parle pas, ne reconnaît ni ne remarque personne, et la mère cherchant une fois de plus à se faire reconnaître de l'enfant qu'elle chérit, et voyant chaque jour le regard d'intelligence lui manquer, ne peut avoir confiance dans les assurances que nous pouvons lui donner. Elle perd le courage et l'espérance, à un moment où le danger est presque passé. A la longue, on constate un regard, un sourire, un geste, mais pas encore un mot, et lentement, très lentement, les fonctions intellectuelles se rétablissent et la parole reparaît enfin. »

(1) Gazette hebdomadaire, 1865.
(2) Trousseau, cliniques, 1873, t. III, p. 714.
(3) Cités par Parrot : la fièvre typhoïde chez les enfants, *Progrès médical*, 7 juillet 1883.
(4) Cités par Max Weiss, Wiener med. Woch. 1882, no 50.
(5) Canst, 1864, IV, p. 102. Cité par Bourada, Th. Paris, 1867.
(6) Cité par Bouchut. Traité des maladies des nouveau-nés, 1878. P. 171.
(7) Journal de Vandermonde, 1759, t. X, p. 129.
(8) Traduction par Archambault, Paris, 1875, page 922.

Les premières observations de Weisse sont relatives à deux jeunes garçons, l'un de neuf ans, l'autre de dix, qui perdirent complètement la parole pendant plusieurs semaines dans le cours de la fièvre typhoïde. L'aphasie se prolongea dans la convalescence et dura environ trois semaines. Les petits malades avaient toute leur connaissance, ils comprenaient parfaitement tout ce qu'on leur disait, mais il leur était impossible de proférer le moindre son articulé.

Au mois de décembre 1862, Weisse fut consulté au sujet d'un garçon de huit ans, chez lequel l'aphasie était survenue au moment où il entrait en convalescence d'une fièvre typhoïde. La parole se rétablit au bout de huit jours, après l'apparition d'un écoulement séro-purulent par les conduits auditifs. Dès que cet enfant se sentit maître de sa parole, il en usa avec un entrain inouï, et bavarda toute la journée avec une vélocité excessive. Une très légère dose de morphine fit cesser rapidement cette surexcitation.

Weisse, rappelant le fait analogue publié en 1844 par Kuselmann, ajoute que, d'après ces faits, l'aphasie serait un signe pronostique favorable.

Voici, d'après Trousseau, les faits de Boucher ; « Le fils du portier du lycée impérial de Dijon, âgé de treize ans, d'une constitution délicate, fut pris de la fièvre au mois de septembre. Sa vie fut en péril pendant quelque temps; enfin les symptômes s'amendèrent; tout allait bien, quand, un beau matin, on constata une aphasie complète. C'était une chose à la fois triste et singulière de voir les efforts extrêmes de l'enfant pour prononcer un seul mot, le plus simple de tous : « non ! » M. Boucher eut l'idée de rechercher si l'urine contenait de l'albumine : il y en avait, en effet, un peu. Comme, d'ailleurs, les symptômes généraux continuaient d'être bons, on insista sur les toniques et une alimentation convenable. Au bout de quatre ou cinq jours, les mots revinrent successivement, quoique prononcés avec une véritable lenteur; mais, enfin, tout se rétablit, et, après une convalescence assez longue, l'enfant reprit ses études au lycée.

« Le second fait observé par M. Boucher l'a été sur un enfant de trois ans, chez lequel les accidents nerveux dothiénentériques avaient été fort graves, et dans les urines duquel on trouva aussi de l'albumine. La parole se perdit également tout à coup au moment où la fièvre cessait de présenter de la gravité; seulement la convalescence fut très longue.

« Vous pouvez vous rappeler, ajoute Trousseau, une femme de notre service, qui, dans le cours de l'année 1863, éprouva, à la suite d'une dothiénentérie grave, des accidents identiques. »

Dans le cas de Tommaso Galli, l'aphasie se manifesta pendant la convalescence; dans celui de Duchek, l'aphasie était accompagnée de phénomènes paralytiques et de contracture : spasme de la face, contracture des mâchoires, roideur du cou, du dos et des extrémités; ptosis, dilatation de la pupille, strabisme interne.

Le malade du Dr Guibout « est devenu subitement aphasique d'une manière complète. La perte

de la parole a duré pendant longtemps, lorsque le malade recouvra tout à coup la parole. »

Sur douze cas d'aphasie dans la fièvre typhoïde rapportés par Albrecht Clarus, « dix ont été observés sur des garçons de trois à treize ans. Quatre ont été pris dans la convalescence, un à la quatrième semaine, deux dans la troisième, un dans la seconde, un à la première, et les autres à une période indéterminée. Tous sont morts et dans deux cas d'autopsie, une fois on n'a rien trouvé et dans l'autre, qui avait été compliqué d'hémiplégie, on supposa une embolie cérébrale due à l'état valvulaire du cœur ; mais on n'a rien trouvé qui justifiât cette hypothèse. »

M. Parrot dit que l'aphasie apparaît, le plus souvent vers le troisième septénaire, chez les garçons de huit à onze ans. Elle disparaît, en général, au bout de trois semaines, d'autres fois beaucoup plus tôt. Dans un cas d'Eisenschitz, l'autopsie ne fit découvrir aucune lésion; et l'on s'accorde à considérer ce trouble fonctionnel, comme dû à l'épuisement nerveux, à l'état anémique où sont tombés les maladies.

Bouchut a publié dans son traité des maladies des nouveau-nés l'observation suivante :

« En 1876, un garçon de six ans, W. fils d'un confrère de l'armée, était convalescent d'une fièvre typhoïde assez grave ayant duré un mois ; il mangeait bien et commençait à se lever, lorsque l'on s'aperçut qu'il parlait un peu plus lentement. Deux jours après, le matin, peu après son repas, il cessa de pouvoir parler tout à fait. Cela le mit en colère, et il pleura et s'agita dans une petite crise nerveuse, caractérisée par des crispations dans les mains et les pieds. Il n'y eut pas de perte de connaissance, et, bien que l'articulation des mots fût impossible, les mouvements de la langue restèrent faciles et naturels. A ce moment, il y eut un peu de dysphagie et les boissons revinrent une ou deux fois par les narines. Au bout de quelques heures, quelques mots seulement, peu compréhensibles, purent être articulés très lentement.

C'est alors que je le vis, appelé par le docteur W. Je le trouvai pâle, anémique, sans bruit de souffle au cœur. Il était assis dans son lit, à jouer. Sa figure était intelligente, mais il y avait, parfois, un peu de strabisme convergent et trouble de coordination des yeux, sans diplopie ni amaurose. Il tirait la langue droite et la remuait en tout sens, mais ne pouvait parler, sauf un ou deux mots très péniblement articulé. La dysphagie avait disparu. Les mouvements des membres étaient faciles, et j'ai pu le faire marcher trois ou quatre pas comme un convalescent encore très faible.

La sensibilité cutanée était très obtuse, presque abolie, mais les mouvements réflexes à la plante des pieds étaient, en revanche, très évidents.

On ne constata aucun trouble des organes des sens, nulle altération des bruits respiratoires, mais, au cœur, un peu de ralentissement, soixante-seize battements, avec des intermittences qui se retrouvaient dans le pouls. Ces intermittences avaient été remarquées dans le cours de la fièvre typhoïde.

Peu de temps après ma visite, l'enfant recommença à articuler distinctement quelques mots ; dans la soirée, la parole revint peu à peu, quoique lente, incertaine et balbutiée. L'enfant dina avec un appétit dévorant, et s'endormit bientôt après d'un sommeil profond, qui dura presque sans interruption toute la nuit. Le lendemain, le petit malade parlait assez bien, en scandant pour ainsi dire toutes les syllabes, et en prononçant souvent un son pour un autre.

Vers dix heures du matin, il parlait, quand, au milieu d'une phrase, la parole lui manqua tout à coup ; je vis sa figure pâlir, ses yeux diverger, la commissure labiale droite se contracter convulsivement, et la langue faire des efforts infructueux pour articuler quelques sons indistincts.

Son père le prit dans ses bras et lui recommanda de se tenir tranquille. Il resta dans cette position pendant une demi-heure ; au bout de ce temps, la parole revint comme auparavant.

La journée se passa bien, mais le malade était évidemment sous l'empire d'une grande surexcitation nerveuse, ne voulant pas rester autrement qu'assis dans son lit, et faisant de continuels efforts pour parler.

Vers cinq heures du soir, il eut comme une crise de nerfs, avec violente explosion de colère, de cris et de sanglots. Une demi-heure après le dîner, nouvelle attaque pareille à celle du matin, avec pâleur mortelle, strabisme, convulsion du coin de la bouche et mutisme complet. La durée de cette attaque ne fut que d'environ cinq minutes ; au bout de ce temps, l'enfant se remit à parler et à manger avec le même appétit glouton ; il s'endormit peu de temps après d'un sommeil profond, qui dura toute la nuit. La journée du dimanche se passa bien ; aucune attaque ne reparut et l'enfant était moins irritable. On profita de cette journée pour le nourrir autant que possible, en maintenant le plus grand calme autour de lui. La parole était redevenue presque naturelle. La nuit suivante fut excellente, le sommeil ininterrompu.

Aujourd'hui, huitième jour après les accidents d'aphasie, l'enfant est gai, chante, rit et parle à peu près naturellement, sauf un peu de bégaiement par moments. Il semble reprendre des forces presque à vue d'œil et veut se lever. Son caractère est cependant d'une irritabilité extrême, et il faut prendre les plus grandes précautions pour ne pas provoquer de crises nerveuses.

Depuis hier, la sensibilité de la peau des extrémités est complètement revenue, et peu à peu, s'est faite la consolidation de la convalescence. »

Voici maintenant les deux faits qui me sont personnels :

OBSERVATION I.

Le 19 juillet 1881, je fus appelé auprès d'une petite fille de cinq ans, qui était fatiguée depuis une huitaine de jours, et qui présentait des symptômes de fièvre typhoïde : douleur de tête, fièvre continue, un peu de diarrhée, râles muqueux dans la poitrine. La mère venait d'avoir une fièvre légère, et un frère plus âgé d'une année, bien que ne restant pas au lit, avait continuellement un peu de fièvre. D'autres cas existaient aussi dans le voisinage.

L'état de la petite malade s'aggrava bientôt; le 22 juillet, des symptômes nerveux se montrèrent et allèrent augmentant; ce fut d'abord un délire de parole et d'action; mais, le 24, l'état devint tout à fait alarmant; la fièvre était forte, bien que le pouls fût modéré et régulier; la respiration était très irrégulière; l'enfant avait vomi; de plus, il existait une paralysie avec insensibilité de la jambe et du bras droits; enfin l'enfant ne parlait plus.

Depuis la veille, la petite malade faisait sous elle, mais elle n'avait pas uriné et, le soir, je fus obligé de pratiquer le cathétérisme. La paralysie continue, le lendemain ; l'enfant urine sous elle. Le 27, de la contracture s'est manifestée à la place de la paralysie; l'enfant semble ne voir, ni entendre, pupilles dilatées. Elle pousse de grands cris plaintifs et a des mouvements répétés de propulsion de la langue. La tache cérébrale est très marquée. Ces symptômes insolites me donnent l'idée d'une méningite. C'est aussi l'avis de mon ami, le Dr Jules Durand, qui voit la malade avec moi le 28. A ce moment, l'enfant n'a presque plus de râles dans la poitrine; le pouls est lent, mais régulier.

Cependant, le 30, la contracture a cessé, l'enfant ne parle pas, mais semble voir et entendre.

Le 1er août, la fièvre cesse, l'enfant prend mieux, mais est toujours aphasique.

Elle reste dans cet état jusqu'au 13 août; alors elle commence à parler; mais elle ne peut se tenir debout à cause d'une faiblesse et d'une maigreur extrêmes. Pendant très longtemps, la mère est obligée de la porter, et ce n'est qu'à la fin d'août qu'elle commence à marcher seule. Lorsqu'elle fut complètement rétablie, elle perdit tous ses cheveux qui repoussèrent ensuite. Aujourd'hui cette petite fille est aussi bien portante, aussi intelligente qu'avant sa maladie.

OBSERVATION II

Le 19 mai 1882, on me pria de donner des soins à une enfant de six ans, qui avait, depuis quelques jours, une fièvre légère avec douleur de tête, un peu de toux, et un peu de diarrhée. Il existe, dans le côté droit de la poitrine, quelques râles assez difficiles à percevoir.

Le 21 — Les râles sont plus nombreux à droite; on n'entend aucun bruit anormal à gauche. L'enfant a de la difficulté à parler, elle nasonne; grand abattement; la mère dit que la petite fille dort toujours.

22 — Le ventre est plus ballonné; la diarrhée plus abondante, l'enfant fait sous elle ; râles dans les deux côtés, souffle à gauche. L'enfant ne parle plus, mais comprend ce qu'on lui dit.

23 — Râles plus nombreux. Ventre très ballonné.

25 — L'enfant a beaucoup maigri; prend dificilement, comprend encore; tire la langue lorsqu'on le lui commande. Langue sèche.

26 — L'enfant semble comprendre encore. Je ne puis parvenir à lui faire tirer la langue.

28 — Amélioration; moins de fièvre; ventre moins ballonné, moins de diarrhée; râles moins nombreux, encore un peu de souffle. Sur les fesses, boutons prêts à s'ulcérer. Escharre sur l'apophyse épineuse d'une vertèbre dorsale: épiderme soulevé par un liquide rougeâtre. L'enfant comprend.

31— Presque plus de ballonnement; l'escharre a augmenté de grandeur; moins de râles, plus de souffle. Lorsqu'on demande à l'enfant ce qui lui fait mal, elle indique son dos.

3 juin. — Etat général meilleur. L'enfant a mieux pris. Depuis le matin la petite fille semble avoir de la difficulté à avaler. La tête est renversée en arrière; la figure exprime la souffrance. On ne peut arriver à la faire parler, elle comprend tout ce qu'on lui dit. Le cou est gonflé; des ganglions nombreux sont enflammés sur les côtés. La petite fille pleure si on lui touche le cou. Toute la bouche, langue, gencives, joues, amygdales, est tapissée de muguet. Pas de fièvre. L'escharre va un peu mieux; les fesses sont guéries. (Les fesses et l'escharre sont lavées chaque jour avec une décoction de quinquina. On enlèvera le muguet avec un linge sec, et on lavera les parties avec une solution de borate de soude.)

6 juin. — Encore un peu de muguet. Les ganglions ont diminué de volume ; l'enfant prend mieux. Elle manifeste le désir de manger lorsqu'elle voit les autres personnes de la maison prendre leur repas. Depuis deux jours la diarrhée n'existe plus. La petite fille ne se salit plus dans son lit. Depuis le matin elle n'a pas uriné. Il y a de la matité au dessus du pubis et l'on sent la vessie pleine. On accroupit l'enfant à terre, comme on a déjà fait le matin, mais inutilement. Il est cinq heures ; à six heures une autre tentative réussit.

Dans la journée la petite fille a répondu « *oui* » à une question; je cherche à la faire parler, mais je ne peux réussir.

9. — Plus de muguet, plus de ganglions. La peau du corps est plus ferme. L'enfant mange tous les jours deux œufs, un demi-litre de lait, un peu de soupe; prend un verre de vin et une demi-tasse de café. Pendant tout le cours de la maladie l'enfant a pris du lait, du café et du vin.

La petite fille a commencé à parler le 7; depuis lors, elle a fait des progrès. Toutes les personnes qui viennent dans la maison essayent de la faire causer.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il est impossible de lui faire prononcer les consonnes. Je lui présente un radis et lui demande ce que c'est; elle répond : « é — è — a — i » (c'est un radis); les consonnes sont remplacées par une intonation nasale. Lorsqu'elle a cessé de parler, on avait remarqué qu'elle avait la même intonation. J'ai voulu lui faire prononcer des phrases plus longues, le même phénomène s'est produit; les diphthongues sont ou supprimées ou remplacées par des voyelles simples. Si on veut lui faire prononcer les consonnes, elle fait des efforts, remue la bouche en tous sens, mais n'arrive à prononcer que des voyelles. Je veux la faire parler tout bas, la même chose se produit.

Elle a encore une très grande faiblesse; elle ne peut se relever seule sur le siége.

En examinant les jambes, je crois remarquer que la jambe droite est plus flasque que la gauche. Je lui dis de soulever les deux jambes l'une après l'autre, elle soulève mieux la jambe gauche que la droite. Il me semble qu'elle serre plus fort avec la main gauche qu'avec la droite. L'appétit continue.

Pendant le cours de la maladie, on ne s'est pas aperçu qu'elle ait eu le côté droit paralysé, elle a toujours remué les deux bras et les deux jambes.

Je lui fais passer un courant continu dans le côté

gauche de la tête, en plaçant le pôle positif sur le front et le négatif sur l'occiput. On coupe les cheveux sur une petite étendue afin que le contact soit plus immédiat. — Je ne remarque rien de bien particulier pendant le passage du courant.

On électrisera matin et soir pendant deux minutes avec cinq éléments de la pile Trouvé.

Je recommande de bien mouiller les tampons.

12 — L'enfant a meilleure mine; bon appétit; voudrait toujours manger; dort beaucoup; ne se réveille pas de la nuit. A repris des forces; ne peut cependant encore se relever seule. Chairs plus fermes. La partie ulcérée dans le dos est couverte de bourgeons très vifs.

La petite fille est encore moins forte à droite qu'à gauche; elle serre la main avec plus de force que l'autre jour, mais serre manifestement moins fort à droite. En la mettant debout devant une chaise, je lui fais lever alternativement les deux jambes; lorsqu'elle lève la jambe gauche, elle s'appuie de ses deux mains; tandis qu'elle ne s'appuie que d'une main pour lever la droite et la lève plus haut que l'autre. Elle ne peut pas encore marcher.

Elle parle mieux ; dit *bonjour* aux personnes qui entrent, et s'inquiète de tout ce qui se passe autour d'elle. Elle omet encore quelques consonnes en parlant, mais on arrive à les lui faire prononcer assez facilement.

23. — Depuis deux jours on ne l'électrise plus. La petite fille n'avait pas marché seule avant le 19. Ce jour là, elle a *commencé à quitter*. Aujourd'hui elle se promène seule. Elle a autant de force d'un côté que de l'autre. Sa chair est aussi ferme qu'avant sa maladie. Elle est aussi grasse. L'escharre est cicatrisée depuis quelques jours. Elle parle parfaitement, dort bien, a bon appetit, mais mange moins qu'il y a quelques jours.

13 novembre. — Je revois la petite fille; elle s'est toujours bien portée, mais ses cheveux ont tombé en grande partie. En ce moment, elle a encore quelques-uns de ses anciens cheveux assez longs, et des nouveaux qui sont encore très courts.

(*A suivre*).

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'ALCOOLISME.

La question de l'alcoolisme est une de celles avec lesquelles il importe le plus que le médecin soit familiarisé. Elle est si vaste qu'il y aurait outrecuidance ou naïveté à essayer de la traiter complètement dans un journal. Mais il n'est pas impossible d'en distraire quelques points spéciaux qui peuvent être moins connus, ou qui ont fait l'objet d'études récentes.

Une division s'impose dès l'abord entre les ACCIDENTS AIGUS que produit sur notre organisme l'action de l'alcool, et les MANIFESTATIONS CHRONIQUES qui attestent l'imprégnation habituelle.

En outre, parmi les accidents aigus, une nouvelle distinction doit être faite entre les effets immédiats qui suivent l'introduction d'une quantité excessive d'alcool dans l'organisme, et certaines explosions de symptômes aigus qui viennent parfois accidenter le cours de l'imprégnation chronique. Les premiers constituent, à proprement parler, *l'alcoolisme aigu*, l'intoxication aiguë par l'alcool, l'ivresse, en un mot, à tous ses degrés; les seconds sont connus sous le nom de *delirium tremens*, « épiphénomène aigu de l'intoxication chronique. » (Jaccoud)

Ce n'est pas sans raison que les nosologistes insistent sur la nécessité d'éviter la confusion entre ces deux sortes de manifestations aiguës; car, outre qu'elles sont séparées par des différences symptomatiques, elles le sont encore par leurs conséquences et leur thérapeutique. Si, en effet, après une attaque d'alcoolisme aigu, pour violente qu'elle soit, « l'empoisonnement n'est pas renouvelé, ou s'il n'est répété qu'à de très rares reprises, tout rentre dans l'ordre, une fois l'alcool éliminé ou détruit; l'organisme ne présente dans l'intervalle de ces orages ébrieux aucune modification pathologique notable. » Il suffira donc d'empêcher les accidents momentanés causés par le poison, n'entraînent quelque désordre trop grave, d'activer l'élimination de celui-ci; le pronostic ne sera point sombre par le fait seul de la crise toxique pour l'avenir de l'organisme. En face d'une attaque de delirium tremens, au contraire, fût-elle d'intensité moyenne et curable en elle-même, on doit s'alarmer, parce qu'elle atteste un état morbide déjà ancien et profond, qui survivra à la crise et en appellera d'autres ultérieurement de plus en plus graves, si un traitement prophylactique, hygiénique et thérapeutique, n'est pas institué pour enrayer, s'il est possible encore, le processus destructeur de l'organisme.

Nous parlerons aujourd'hui des accidents aigus de l'alcoolisme.

I

Pouvoir toxique des divers alcools.

Nous serons bref sur l'ivresse envisagée au point de vue symptomatique.

La description en a été faite par des maîtres de la plume, médecins, moralistes ou romanciers. Mieux vaut insister sur la variabilité dans les effets produits sur l'organisation par le liquide alcoolique ingéré, suivant sa composition ; car il ne faut pas oublier que ce n'est pas avec l'alcool pur qu'on s'enivre d'ordinaire.

Non seulement les différentes boissons spiritueuses contiennent des *proportions d'alcool très inégales*, mais elles contiennent surtout, depuis le progrès merveilleux accompli par la chimie organique, des *alcools d'espèces très différentes* et dont la puissance toxique varie notablement. Il y a encore à tenir compte des substances chimi-

ques autres que l'alcool, qui entrent dans la composition des liqueurs, les huiles essentielles, par exemple, dont nous dirons un mot, surtout au sujet de l'absinthisme, et de celles que la fraude y ajoute, acides sulfurique ou acétique, sels de cuivre ou de plomb, etc.

Cl. Bernard avait déjà démontré que les effets physiologiques produits par l'alcool *pur* ne sont pas seulement plus intenses que ceux de l'alcool dilué, mais qu'ils sont différents : le premier arrête brusquement ou diminue les sécrétions, le second les excite.

Mais on doit surtout à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé la connaissance du *pouvoir toxique des diverses espèces d'alcool* chimiquement définies. Leurs recherches expérimentales faites sur différents animaux les ont conduits aux conclusions suivantes : — Il existe pour chaque alcool des doses toxiques limites, ce sont les quantités d'alcool pur qui, par kilogramme du poids du corps de l'animal, sont nécessaires pour amener la mort dans l'espace de 24 à 36 heures, avec un abaissement graduel et persistant de la température, l'alcool pur marquant 100° de l'alcoomètre de Gay-Lussac, à la température de 15°,5. Si l'on classe les eaux-de-vie du commerce suivant leur origine, on trouve, par ordre de nocivité croissante, 1° les eaux-de-vie de vin, 2° celles de cidre et de poiré, 3° de marcs de raisin, 4° de grains, de betterave, 5° de pommes de terre. Les premières renferment, en effet, l'alcool éthylique, le moins toxique de la série; on trouve dans les suivantes les alcools propylique, œnanthilique et caprylique ; les dernières contiennent les alcools butylique et amylique.

Ces données sont en harmonie avec celles de la statistique qui établit que l'alcoolisme atteint son summum d'intensité dans les pays scandinaves où l'on fait une consommation exclusive d'eaux-de-vie de pommes de terre; en France, d'après M. Lunier, les délits et crimes qui résultent de l'abus des boissons alcooliques sont en rapport direct avec l'usage des alcools autres que celui de vin, et l'alcoolisme sévit surtout sur les départements non vinicoles.

M. Dujardin-Beaumetz a pu, un jour, vérifier l'exactitude, en ce qui concerne l'homme, du pouvoir toxique de certains alcools expérimentés par lui sur l'animal ; un homme mourut après l'ingestion d'un litre d'eau-de-vie de marc, il pesait 44 kilogrammes, et, d'après les recherches indiquées plus haut, 800 grammes suffisaient à le faire périr (1).

On a beaucoup discuté pour savoir si l'alcool circule en nature dans l'organisme, ou s'il y subit des dédoublements chimiques qui en caractérisent la combustion. Lallemand, Perrin et Duroy, dans des recherches bien connues, étaient parvenus à extraire une certaine quantité d'alcool du sang, du cerveau et du foie d'un soldat qui avait succombé à la suite d'un excès d'eau-de-vie. Dans le cas précité, M. Dujardin-Beaumetz a constaté, dans le cerveau, la présence d'une certaine quantité d'alcool au moyen de la distillation et du réactif de Luton (bichromate de potasse et acide sulfurique), l'alcool déterminant une coloration verte ; mais, de plus, la réduction du nitrate d'argent ammoniacal a décelé la présence de l'aldéhyde, produit de déshydrogénation de l'alcool, qui atteste la combustion de celui-ci.

(1) Société médicale des hôpitaux, 1880.

II — Ivresse par l'alcool et l'absinthe.

L'ivresse est susceptible de trois degrés, suivant l'intensité de ses manifestations; les deux premiers se caractérisent, d'une part, par une excitation de certaines facultés cérébrales, animation de la parole et des gestes, idéation rapide et affectivité exagérée; d'autre part, par un affaiblissement de certaines autres, notamment, l'attention et la logique. Les troubles digestifs, sous forme de vomissements, de diarrhée, viennent généralement mettre fin à la crise, en contribuant à l'évacuation d'une partie du poison; et ils persistent pendant un ou plusieurs jours sous forme d'anorexie, dyspepsie, quelquefois d'hépatalgie, d'ictère.

Le troisième degré de l'intoxication aiguë est un *état comateux*, dans lequel, non-seulement il y a anéantissement intellectuel absolu, mais affaiblissement du cœur, troubles de l'hématose pouvant aller jusqu'à la mort.

La forme convulsive que certains auteurs ont décrite, Percy notamment, paraît devoir être écartée du tableau clinique de l'intoxication alcoolique aiguë simple; il faut y voir des cas d'excitation maniaque, survenant sous l'influence de la stimulation alcoolique, chez des sujets déjà malades cérébralement.

Les *manifestations convulsives* paraissent, au contraire, caractériser l'intoxication aiguë par l'*absinthe*, dont elles sont le symptôme le plus frappant. M. Magnan, qui les a étudiées expérimentalement (1), et son élève, M. Challand qui en a réuni un certain nombre de cas cliniques (2), ont insisté, dit M. Gautier, sur l'analogie extrême que présenterait l'absinthisme convulsif avec le grand mal épileptique (3). « Dans une communication à l'Académie, M. Lancereaux a, au contraire, signalé de nombreux points de rapprochement entre les convulsions de l'absinthisme et celles de l'hystérie. Il a montré que la phase tonique s'accompagne d'une raideur généralisée très courte, qu'elle est suivie d'une phase clonique avec mouvements beaucoup plus amples et désordonnés que dans l'attaque initiale, que souvent le malade porte ses mains à sa gorge et à sa poitrine comme les hystériques. Il conclut donc que les phénomènes observés chez l'homme, à la suite d'un excès d'absinthe, sont manifestement distincts de ceux qui caractérisent l'attaque épi-

(1) De l'alcoolisme, Paris, 1874.
(2) Thèse de Paris, 1871.
(3) Gautier : de l'absinthisme. Thèse de Paris : 1882.

leptique. Non seulement l'aura et le cri font défaut, au début des accès convulsifs produits par l'absinthe, mais les convulsions sont beaucoup moins régulières, et de plus, il n'y a jamais, à la fin de l'attaque, la période asphyxique et comateuse de l'épilepsie. Par contre, ces accidents ont la plus parfaite ressemblance avec les phénomènes convulsifs de l'hystérie; car, comme ces derniers, ils commencent par de la contracture et finissent par des convulsions cloniques, s'accompagnant de sensation de constriction épigastrique et de désordres de la sensibilité. »

III — Alcoolisme aigu et traumatisme.

M. le professeur Verneuil, à qui on ne saurait refuser d'avoir abattu définitivement les barrières élevées entre la médecine et la chirurgie, en montrant qu'il était impossible de faire de grands progrès dans la seconde de ces branches de l'art de guérir, si l'on n'est déjà fort instruit dans la première, M. Verneuil a beaucoup insisté sur les *rapports réciproques de l'alcoolisme aigu et du traumatisme*; nous en avons la preuve dans la thèse de son élève, M. Péronne (1).

Les trois degrés ou les trois périodes de l'ivresse ne sont pas également fécondes en accidents. Ceux-ci sont rares dans la période de légère excitation; ils deviennent plus fréquents quand les sensations sont perverties, et que l'ivrogne, voulant se livrer à ses occupations ordinaires, le fait maladroitement et se blesse. Les rixes résultent de l'ivresse furieuse, et le coma alcoolique, qui livre l'homme ivre-mort sans défense à tous les dangers extérieurs, l'exposent à tous les genres de traumatisme.

L'ivresse légère modifie peu les signes des traumatismes; forte, elle détermine un degré quelquefois très marqué d'anesthésie; on peut quelquefois pratiquer une grande opération chirurgicale sur un ivrogne, sans qu'il témoigne aucune douleur. Les contractions musculaires étant aussi très diminuées à un degré avancé d'ivresse, les luxations et fractures sont habituellement plus faciles à réduire.

L'existence du coma alcoolique rend parfois très difficile le diagnostic de certains traumatismes du crâne ou du rachis. L'odeur alcoolique exhalée par l'haleine de l'homme ivre ne doit pas faire conclure qu'il n'y a qu'un simple état d'ivresse, même en l'absence de toute lésion extérieure un peu grave; car une simple chute, une légère contusion de la tête peuvent avoir entraîné des désordres encéphaliques.

Si le proverbe a quelquefois raison en disant qu'il y a un Dieu pour les ivrognes parcequ'ils subissent, en apparence, avec moins d'inconvénient que l'homme sain, des traumatismes importants, il est loin d'en être toujours ainsi; des fractures qui seraient simples, si le blessé, aussitôt relevé, subissait plus d'autres mouvements avant la pose de l'appareil contentif, que les mouvements d'ensemble indispensables à son transport, sont transformées en fractures compliquées par les mouvements désordonnés de l'ivrogne non encore comateux, et la réduction de fragments osseux saillants au travers des téguments, peut être aussi rendue plus difficile pour le chirurgien.

On a agité la question de savoir si l'ivresse était une contre-indication à une opération d'urgence. Il est vrai qu'on pourrait ainsi bénéficier de l'anesthésie accidentelle produite par l'ivresse; mais, en général, les chirurgiens préfèrent différer de vingt-quatre heures et ne pas prendre la responsabilité d'amputer par exemple un membre, sans le consentement du patient.

L'emploi des anesthésiques est considéré par la majorité des chirurgiens comme contre-indiqué chez un homme ivre; le chloroforme peut produire des cas de mort, en aggravant les troubles que l'alcool apporte par lui-même à la circulation encéphalique.

En ce qui concerne les hémorrhagies, l'ivresse tendrait plutôt à les diminuer qu'à les augmenter, du moins dans la période d'excitation. De la connaissance de ce fait dérive l'emploi qu'on a fait des spiritueux dans les hémorrhagies utérines profuses.

Nous terminerons les particularités relatives aux rapports des traumatismes avec l'ivresse, en rappelant que, dans certains cas, on voit l'ivresse se dissiper brusquement sous l'influence d'un traumatisme, si elle n'est pas encore au degré extrême; et qu'enfin, dans un cas d'ivresse comateuse, qui paraissait devoir entraîner la mort à bref délai, avec des symptômes d'asphyxie, Simpson, ayant pratiqué la trachéotomie, vit se rétablir la respiration, la circulation et la vie.

IV. — Délire alcoolique.

Parmi les accidents aigus ou subaigus de l'alcoolisme, il est intéressant d'étudier le DÉLIRE ALCOOLIQUE. Nous en emprunterons les principaux traits à l'ouvrage de M. Magnan.

Les troubles intellectuels qui apparaissent sous l'influence de l'intoxication alcoolique sont caractérisés surtout par l'existence des *hallucinations*, et hallucinations *d'un genre pénible*, c'est-à-dire capables de déterminer des impressions morales dont la plus légère serait l'étonnement, et la plus forte une terreur profonde. (Marcel).

Elles sont en outre *mobiles*, M. Lasègue insistait beaucoup sur ce point: « Hommes, choses ou animaux, tout ce qui fait l'objet des hallucinations se meut et se déplace ; d'où la mobilité, la rapidité des idées et des actes de l'alcoolique qui, d'ailleurs, effrayé, anxieux, inquiet, suppliant ou agressif, intervient toujours de la manière la plus active. »

Ces hallucinations varient à l'infini, mais elles ont toujours pour objets, soit les *occupations ordinaires de l'alcoolisé*, soit les *préoccupa-*

(1) Thèse de Paris, 1870.

tions dominantes du moment. Pendant la guerre, c'étaient des Prussiens, des espions que voyaient les alcooliques en délire ; pendant la Commune, les soldats voyaient des gardes nationaux ; ces derniers, au contraire, des Versaillais. — L'hallucination professionnelle donne lieu à des scènes qui rappellent celles dont les hystériques, dans leur délire, offrent aussi l'exemple. « Un marchand des quatre-saisons voyait à terre autour de lui des choux-fleurs, de l'oseille, des radis qu'il s'efforçait de ne pas écraser sous ses pieds ; un conducteur de bestiaux stimulait son chien, voyait et appelait les bœufs et les moutons ; un gaveur de pigeons aux Halles croyait en tenir un entre ses doigts et s'évertuait à lui faire avaler le grain. »

Suivant l'intensité et la nature des réactions que provoquent chez l'alcoolique les hallucinations dont il est victime, sa physionomie change complètement : on a décrit ainsi des formes maniaque, mélancolique, stupide.

Dans la première, le malade, croyant entendre des injures, des provocations, l'appel désespéré d'un parent ou d'un ami menacé, répond, court, s'élance. Cet état maniaque est le plus fréquent dans le delirium tremens que nous retrouverons plus loin. — Dans la forme mélancolique, l'alcoolique se voit en prison, devant un tribunal ; il est accusé de crimes horribles ; il se croit même coupable. Il est sombre, inquiet, cherche à fuir.

Dans la forme stupide, son épouvante est au comble ; terrifié par la vue des plus affreux spectacles, il demeure atterré, immobile.

Il est exceptionnel que les hallucinations et les conceptions délirantes, qui en sont la conséquence, éclatent d'emblée avec l'intensité que nous venons de signaler. Le début se fait insensiblement, pour ainsi dire, par des troubles sensoriels qui ne diffèrent pas de ceux qu'on observe dans tant de maladies. Pour l'ouïe, des bourdonnements, tintements, ou sifflements, qui deviendront ensuite des chants confus, des cris, des voix tumultueuses, des tocsins ; pour la vision, l'amblyopie, l'obscurcissement des objets par un nuage, puis des étincelles, des flammes, des objets ou figures qui grossissent, qui diminuent, s'éloignent, puis se rapprochent. Les illusions sensorielles prennent peu à peu le caractère d'hallucinations vagues d'abord, puis précises au point de s'imposer comme la réalité. — Dès lors, le délire ne tardera pas à naître, conséquence presque logique de la fausse interprétation des sensations hallucinatoires.

Il est avéré que c'est d'abord la nuit que se montrent les accidents dont nous parlons. « C'est toujours la nuit que cela commence, disait Lasègue dans une de ses dernières cliniques ; c'est même pour cela que je considère le délire alcoolique comme un rêve bien plutôt que comme un véritable délire ; notre homme se lève subitement, pousse des cris, déclare qu'il aperçoit des lumières au pourtour de sa glace, des voleurs, etc..., puis le jour survient et il se calme, pour recommencer la nuit suivante, jusqu'au moment où, sa maladie s'étant aggravée, il délire de jour comme de nuit. » (1)

Quand la guérison se produit, on voit disparaître, dans l'ordre inverse, les manifestations pathologiques : au délire continu succèdent les hallucinations purement nocturnes ; plus tard, on n'observera plus d'hallucinations confuses et d'illusions que dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil ; puis, pendant le sommeil, avec réveil inquiet ; puis cauchemars, rêves et retour à santé.

Les troubles sensoriels peuvent porter aussi sur l'odorat, le goût et la sensibilité générale ; mais nous y reviendrons à propos de l'alcoolisme chronique.

Au point de vue de la marche et de la terminaison du délire alcoolique, M. Magnan a divisé en trois groupes les faits qu'il a pu observer. Tantôt les malades atteints de délire alcoolique ont une convalescence bénigne, rapide et complète. Trois ou quatre jours de troubles intellectuels, cinq ou six dans lesquels on assiste aux phases de régression que nous avons décrites plus haut, et tout est fini. Il a suffi de donner des boissons abondantes pour favoriser l'élimination du poison par les urines et par les sueurs.

D'autres fois, les malades ont une convalescence lente et des rechutes faciles. Après la disparition des signes aigus, persistent de l'obtusion et de l'incertitude dans les idées, une impressionnabilité excessive avec des illusions et des idées vagues de persécution. Un examen superficiel de ces malades ne permet pas de bien s'apercevoir de leur incomplète guérison, mais un interrogatoire attentif ne tarde pas à faire réapparaître des conceptions délirante. Ils restent jaloux, soupçonneux ou mélancoliques et hypochondriaques. Enfin un dernier groupe comprend des malades le plus souvent prédisposés par un état d'infériorité cérébrale congénitale, héréditaire; ceux-là, atteints une fois de délire alcoolique, ont une convalescence très lente qui sera souvent entravée par des idées délirantes, affectant plus ou moins la forme des délires partiels.

C'est à propos de ces derniers que Lasègue avait raison de dire que, chez eux, l'alcoolisme n'est que le résultat de leur tare cérébrale antérieure. Ils ne délirent pas un jour parce qu'ils ont bu ; s'ils boivent jusqu'au point de s'intoxiquer et de délirer, c'est qu'ils étaient déjà des cérébraux, incapables de résister à l'impulsion qui les poussait à boire.

L'absinthisme provoque aussi un délire avec hallucinations, qui, semblable à celui de l'alcoolisme au point de vue des caractères généraux, en diffère par son évolution. Tandis que l'alcool a besoin de préparer son terrain, pour faire éclore le délire, l'absinthe peut hâtivement faire apparaître les hallucinations, les conceptions délirantes et les réactions qui en sont la conséquence. Rapidement aussi elle fait naître des secousses musculaires, des vertiges, avant

(1) Semaine médicale, janvier 1883.

que l'alcool, qui est associé à l'absinthe dans cette liqueur, ait eu le temps de créer le tremblement et d'autres troubles de la motilité à l'étude desquels nous reviendrons dans un prochain article.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Nous reproduisons les extraits de quelques-unes des lettres reçues à propos de la Caisse des pensions de droit.

A.

Monsieur et honoré Confrère,

Je suis, avec le plus vif intérêt, l'étude que vous faites au sujet de la Caisse d'une pension de retraite, *de droit*, à organiser parmi nous.

C'est là une pensée excellente qui doit trouver de nombreux adhérents. Sitôt qu'un projet sérieux sera adopté, faites-le connaître, et vos amis s'occuperont à le propager.

Il vaut mieux, ce me semble, que le versement annuel soit suffisant pour parvenir à donner une pension d'au *moins huit cents francs* à nos pensionnaires, quand l'heure sera venue pour eux.

De plus, n'oubliez pas *la famille* dans cette question, la Veuve surtout, imitant en cela la manière des administrations publiques au sujet de leurs pensionnaires et de la famille des pensionnés.

Quand l'heure sera venue de prendre un engagement vis-à-vis de la Caisse des retraites, je serai des vôtres, si le projet me convient, ce dont je ne doute pas, connaissant déjà les idées développées par le *Concours*. Toutefois, *hâtons-nous lentement*, mais ne *perdons* pas de *temps utile*, car : « *vita brevis.* »

Veuillez agréer etc., Dr VIALA (*de Rodez*).

B.

Monsieur le Directeur,

J'approuve hautement l'idée d'organiser une Caisse de pension de droit analogue à celle qui fonctionne en Belgique. Malgré ses services et son but éminemment philanthropique, l'Association générale, en définitive, ne fait que distribuer des aumônes. Il faut sentir bien vivement l'étreinte du malheur pour tendre la main et s'adresser à l'Association. Qu'elle continue donc à soulager ces grandes infortunes. C'est une noble tâche, et certes des plus utiles ! Mais, pour nous, les travailleurs, qui demandons au labeur de chaque jour, et à une sévère économie, l'aisance dans le présent et dans l'avenir, ne songeons pas à l'Association générale, déposons en commun notre superflu qui nous sera rendu le jour où la vieillesse ne nous permettra plus aucun travail.

Vous avez le privilège, Monsieur, de remuer des idées fécondes. Nous vivions isolés, parqués dans un égoïsme jaloux, vous êtes venu nous dire : « Vous êtes des confrères, presque des frères. Oubliez vos rancunes, vos susceptibilités — unissez vos efforts pour améliorer votre situation » — trois mille médecins vous ont compris, et, animés du même esprit que vous, ils font des prosélytes, ils se groupent et se syndiquent et, avant peu, ils seront une force avec laquelle on devra compter.

Si le présent est triste, l'avenir est encore plus sombre. Pour notre famille, vous nous poussez à l'Assurance-vie ; pour nous-mêmes, vous étudiez les moyens les plus profitables de nous créer une pension pour nos vieux jours. Et déjà, de tous côtés, les chercheurs se mettent à l'œuvre, les encouragements et les adhésions vous arrivent.

C'est pour vous un grand honneur, Monsieur, d'avoir secoué la torpeur dans laquelle le corps médical était plongé, etc.

Dr MASMONTEIL (*de Treignac*).

C

Monsieur le Directeur et très Honoré Confrère,

Je viens vous prier de me compter au nombre de ceux qui désirent vivement la création d'une Caisse de retraites de Droit. A tous les points de vue, l'idée est excellente, mais encore faut-il, pour être prise au sérieux par le plus grand nombre possible de médecins, que le chiffre de la retraite soit de 1,000 ou 1,200 francs.

Cinq ou six cent francs ne constituent pas un but suffisant, on se désintéressera d'une perspective aussi modique.

Mais, me direz-vous, il faut compter avec les exigences qu'entraînera un semblable résultat ! Assurément oui ! mais ce qu'il faut surtout, c'est diminuer autant que possible la prime annuelle. La perspective d'avoir à payer pendant longtemps une prime annuelle importante, est certainement de nature à faire reculer bon nombre d'adhérents.

D'un autre côté, un sacrifice momentané, même un peu lourd, se consent plus facilement.

Je vous dis toutes ces choses, que vous savez tout aussi bien que moi, pour arriver à vous proposer l'idée d'une loterie dont le cinquième du produit serait destiné à constituer des lots. Les quatre cinquièmes formeraient le noyau, qui pourrait être très important, de notre Caisse de retraites.

Le taux des primes serait calculé d'après l'âge ; et le nombre de numéros que chacun devrait prendre, serait aussi calculé d'après l'âge.

Ce taux des primes ne pourrait être fixé qu'alors que le produit de la loterie serait connu.

Les numéros devraient être fixés à 10 ou 20 francs, afin de ne pas les multiplier outre mesure.

Ainsi donc, tous les adhérents *fondateurs* auraient à souscrire à un nombre déterminé de numéros, ce qui constituerait une première mise.

Les adhérents postérieurs à cette loterie auraient à verser, au moment de leur inscription, une première mise équivalente à celle des adhérents, aux mêmes âges. Ils auraient en moins les chances de gagner à la loterie.

Peut-être me fais-je illusion, mais je crois que nous pourrions arriver de la sorte à constituer un noyau très important, faire notre Caisse des retraites. Les primes annuelles étant diminuées par ce fait, les adhérents arriveraient en grand nombre.

Veuillez agréer, etc.

Dr Henriot.
(*de Montargis*)

VARIÉTÉS

VISISECTEURS ET GASTRONOMES

Voilà décidément la guerre engagée. Alphonse Karr a plaidé la cause des animaux, que l'on sacrifie à la science, et voici qu'un savant, M. Loquin, membre de l'Académie des sciences (de Bordeaux), vient d'écrire en leur faveur une lettre éloquente que nous nous faisons un devoir, dit M. Francisque Sarcy de reproduire intégralement dans le *XIXe Siècle*.

La voici :

Paris, le 12 juillet 1883.

Monsieur le rédacteur,

En vérité, les débats actuels sur la vivisection m'étonnent profondément. Eh quoi ! il s'agit ici d'une question d'*humanité* de premier ordre, et les défenseurs des animaux atrocement martyrisés prennent des biais, des ménagements, et font des concessions à leurs adversaires !... On veut, on prétend sérieusement *réglementer* ce qui existe au monde de plus cruel, de plus odieux !

A M. Paul Bert, il n'y a qu'une chose à répondre : Oui, nous en convenons avec vous, la vivisection fournit à la science des résultats *que rien au monde ne saurait remplacer.* Ces résultats, loin de chercher à les nier, ni même à en amoindrir l'importance, je serais prêt, au contraire, à les croire au besoin beaucoup plus grands et plus précieux encore que vous ne le dites. Mais, en considérant à quel prix ils sont obtenus, j'affirme que mieux vaut mille fois résolument s'en passer. Et, en disant cela, je crois être le porte-parole de tous les hommes de cœur.

Au siècle dernier existait la torture. Pothier, le célèbre juriconsulte, faisait valoir, *avec juste raison*, lui aussi, qu'elle rendait des services hors ligne à la justice, *et que rien ne pouvait la remplacer.* — Et cependant *on devait* l'abolir et on l'a abolie. Existe-t-il aujourd'hui un seul juriconsulte qui réclame ?

Il y a quelques siècles à peine, ne livrait-on pas à la Faculté de médecine de Montpellier des criminels pour être disséqués vivants ? Certes (quel est l'opérateur qui dira le contraire ?), cela était bien autrement instructif que tout ce que l'on se permet aujourd'hui. Pourquoi donc ne le fait-on plus ?

Pourquoi ? Tout le monde le sait, et, à la haute question soulevée aujourd'hui, il n'y a à faire qu'une réponse, une seule, et c'est celle-là même qu'on a faite aux siècles précédents, aux docteurs de Montpellier et aux sectateurs du grand jurisconsulte d'Orléans : l'*humanité* prime tout, est au-dessous de tout, et l'on sera bien étonné, un jour, de notre barbarie actuelle. Martyriser un seul animal, même dans un but de la plus haute utilité, c'est accomplir inconsciemment une action atroce et un crime. Je plains ceux qui seraient d'avis contraire.

Je vous prie d'agréer, etc. »

Anatole Loquin.
De l'Académie des sciences, etc,
de Bordeaux.

Voilà qui est parfaitement net et catégorique.

L'estimable académicien bordelais accorde sans barguigner, aux partisans de la vivisection, que c'est un procédé utile, qui a fourni à la science des résultats que rien ne saurait remplacer. Il est même prêt à croire et à proclamer ses résultats plus importants que ne l'a dit Paul Bert, et néanmoins il proscrit ce procédé si utile ; le proscrit absolument, et il n'en donne qu'une raison : l'humanité.

L'humanité parle, cela lui suffit.

L'humanité, il faut s'entendre sur le sens que l'estimable académicien de Bordeaux donne à ce mot : il veut dire apparemment : la sensibilité du cœur, et non l'amour de l'humanité.

Quand M. Pasteur inocule aux poules des virus infectieux, il est obligé de faire taire la sensibilité de son cœur, il s'attendrit naturellement sur les souffrances de ces malheureux volatiles, victimes de la science. Mais on ne saurait dire qu'il n'agit pas par amour de l'humanité, puisqu'il cherche en torturant ainsi ces pauvres poules, un remède à une maladie dont meurent, chaque année, un certain nombre d'hommes, ses semblables.

Supposons qu'il l'ait trouvé, comme on dit qu'en effet il l'a découvert, la découverte de ce remède aura coûté la vie à cent poules, à mille poules, et peut-être à autant de lapins ; mais le remède lui-même sauvera la vie, dans la suite des siècles, à des millions d'hommes, sans parler du plaisir et de l'honneur que fait à l'humanité une vérité scientifique observée et démontrée.

Il faut donc que l'estimable académicien de Bordeaux entende le mot *humanité* dans un autre sens que celui où nous le prenons d'ordinaire. Car pour nous, il veut dire : amour de l'homme. Et c'est par *amour de l'homme* que travaillent les vivisecteurs, c'est dans l'intérêt de sa santé, de sa gloire ou de son plaisir.

L'estimable académicien de Bordeaux n'a pris ce grand mot *humanité* que dans son sens général et vague. Être *humain*, pour lui, c'est avoir le cœur sensible, c'est se montrer tendre envers tous les êtres créés, c'est s'interdire d'en faire souffrir un seul.

Mais je pense alors que l'estimable académicien de

Bordeaux ne tâte jamais d'un poulet rôti, et s'abstient soigneusement du veau aux carottes. Il me répondra que ce n'est pas lui qui tue le poulet qu'on lui sert. Je saisis la nuance; mais c'est pour lui qu'on a tordu le cou à la pauvre bête, et l'humanité en a dû gémir.

Le veau qui paraît sur sa table, se fût assurément passé de cet honneur. Aux carottes qui l'entourent et le relèvent, il eût préféré le pis de sa mère ou l'herbe du pré. Un méchant boucher, violant toutes les lois de l'humanité, l'a traîteusement assommé d'un coup de massue, et dépecé en quartiers sanglants, qu'il a suspendus aux crocs de son charnier, je veux dire de sa boutique.

C'est là que la domestique de l'estimable académicien de Bordeaux est venue choisir le morceau qui lui a paru le plus succulent, l'a fait mijoter dans la casserole, et l'a servi ensuite sur la table de son maître.

Et ce maître impitoyable en a mangé sans songer au crime de lèse-humanité qu'il commettait en dévorant ce malheureux veau, ainsi immolé à la fleur de son âge.

L'estimable académicien de Bordeaux me répondra peut-être qu'on n'a point torturé ce veau; qu'on l'a abattu d'un seul coup, qu'il n'a point souffert, qu'à peine l'a-t-il senti.

Passe pour le veau. Mais l'estimable académicien de Bordeaux mange parfois des écrevisses. Croit-il que les écrivisses soient bien aises d'être cuites vivantes, comme un simple hérétique, et mises ensuite au court-bouillon? Etre brûlé vif, sait-il que c'est le plus cruel des supplices, et comment ose-t-il l'infliger à ces innocents crustacés?

L'estimable académicien de Bordeaux ignore-t-il qu'avant d'insérer l'écrevisse dans l'eau qui va bouillir on lui fait subir une opération, que je ne veux pas décrire, mais qui, si elle était pratiquée sur l'estimable académicien de Bordeaux, le ferait sans doute crier tout du haut de sa tête? L'écrevisse ne dit rien: c'est pour faire plaisir à l'académicien qui l'a rangée parmi les poissons, et chacun sait que le poisson est muet comme les grandes douleurs. Mais, pour ne rien dire, croyez-vous qu'elle ne sente rien? Ah! si elle avait une voix, de quelles imprécations ne chargerait-elle pas l'estimable académicien de Bordeaux qui, au mépris de l'humanité, permet qu'on la maltraite de si odieuse et cruelle façon!

Comme elle lui jetterait sa phrase au visage:

Martyriser un seul animal, même dans un but de la plus haute utilité, c'est accomplir inconsciemment une action atroce et un crime!

Vous avez donc, ô estimable académicien de Bordeaux! vous avez donc accompli une action atroce et un crime; et, vous, il ne vous reste pas la ressource d'alléguer que c'est inconsciemment. Vous avez formulé la loi; vous devez la connaître et la respecter.

Je pense que l'estimable académicien de Bordeaux n'en continuera pas moins de laisser massacrer les animaux pour fournir à sa table; il n'empêchera point qu'on ne donne aux canards et aux oies des maladies de foie artificielles, car les pâtés de Strasbourg sont une chose succulente; il permettra qu'on insère le poisson vivant dans la friture bouillante, car il aime le poisson frais.

Pourquoi se gendarme-t-il alors si l'on dissèque quelques lapins, quelques poules, ou même quelques chiens, non pas pour satisfaire

Aux vains plaisirs du boire et du manger,

comme dit la chanson, mais dans un but évidemment plus noble, plus relevé, celui de sauver la vie à quelques académicien de l'avenir.

M. Anatole Loquin compare les lapins que l'on opère aux accusés que le bourreau torturait jadis.

Comparaison n'est pas raison.

Un lapin n'est pas un homme, bien qu'il y ait des hommes dont on dit que ce sont de rudes lapins.

Nous n'avons pas les mêmes devoirs envers les animaux qu'envers nos semblables.

L'homme est sacré à l'homme.

Pourquoi le lapin me serait-il sacré?

C'est une plaisanterie de raisonner de la sorte.

Francisque Sarcey. *(Le XIXe Siècle).*

CHRONIQUE DES SYNDICATS.

SYNDICAT DE LAMBALLE (CÔTES-DU-NORD)

Monsieur et honoré Directeur,

Dans la lettre que j'ai eu l'honneur de vous écrire, pour vous annoncer qu'un Syndicat était né à Lamballe (Côtes-du-Nord), j'ai oublié de vous dire que M. le Dr Hercouet avait été nommé *Vice-Président*; M. le Dr Codet, *Secrétaire-Trésorier*; et enfin, MM. les Drs Drouart et Issaly, *Syndics.*

Veuillez agréer, etc., Dr Bédel.

NOUVELLES

Le 26 septembre vers sept heures du soir, le Dr Rochard, inspecteur général du corps de santé de la marine, et membre de l'Académie de médecine, passait dans l'avenue Gabrielle, lorsqu'un inconnu lui a tiré un coup de revolver dans le dos et s'est enfui. L'avenue était déserte à ce moment. La victime n'a pu reconnaître son agresseur; il se souvient seulement qu'il était vêtu d'un paletot gris et qu'il portait un petit chapeau.

M. Rochard qui, quoique âgé de soixante-cinq ans, est d'une force physique considérable, a pu rentrer en courant à son domicile, rue du Cirque. Il avait la bouche pleine de sang qu'il était forcé de cracher en route. Les docteurs Le Roy de Méricourt, Lannelongue et Legouëst ont été appelés immédiatement auprès de lui.

Bien que l'état du blessé soit grave, la balle étant logée dans le poumon droit, il a passé une assez bonne nuit, et le surlendemain matin, 28, il n'y avait encore eu aucune complication. La balle n'a pas été extraite.

Nous joignons nos vœux à ceux de tous nos collègues de la presse médicale pour le prompt rétablissement de notre éminent et sympathique confrère.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
13 Octobre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 41

SOMMAIRE

BULLETIN

Les microzymas concourent, pendant la vie, nous l'avons vu, à l'accomplissement harmonique de toutes les fonctions, tant histologiques que chimiques, qui servent au développement et à la conservation de l'individu et de l'espèce; après la mort de l'être qu'ils ont servi à former, ils restent vivants et ne sont pas atteints par la putréfaction, dont, au contraire, ils deviennent les premiers agents. C'est que, s'ils demeurent toujours morphologiquement identiques, ils peuvent changer, et changent en effet de fonction, depuis l'ovule, l'œuf, l'état embryonnaire, l'état fœtal jusqu'à l'état adulte. C'est justement cette notion expérimentale du changement de fonction qui permet de comprendre qu'ils peuvent devenir morbides, c'est-à-dire destructeurs, c'est-à-dire encore agents des phénomènes qui se passent pendant l'état de maladie, comme de ceux qui se passent après la mort.

Si donc on suppose le microzyma atteint d'une maladie contagieuse, ce microzyma sera capable de développer et de transmettre la maladie, non pas en se multipliant à la manière d'un parasite, mais en déterminant une évolution morbide analogue dans les microzymas de même genre que lui-même.

Mais, pour être malade, le microzyma ne meurt pas: il suit une évolution particulière qui n'est plus l'évolution normale et qui varie suivant les cas; de sorte que celui qui est morbide peut redevenir inoffensif, par changement de fonction, ou, au contraire, acquérir des propriétés nouvelles qui caractérisent la maladie, pendant l'état morbide, la putréfaction, après la mort. En un mot, sous une influence pathologique quelconque, les microzymas normaux sont susceptibles d'évoluer morbidement et de devenir vibrioniens.

En résumé, dit M. *A. Béchamp*, dans ses conclusions, le choléra et toutes les maladies contagieuses se développent en nous sous les influences multiples et variées que les nosologistes ont depuis longtemps spécifiées. Les microzymas, ou certaines catégories de microzymas, sont les agents qui, devenant morbides en nous et par nous, sont aptes à conserver, pour un certain temps, cette morbidité et à transmettre la maladie à tout sujet qui a la réceptivité requise, — c'est-à-dire dont les microzymas peuvent recevoir l'impression de la morbidité qui est dans le microzyma issu du malade, — et qui devient malade à son tour.

Mais le malade peut guérir et ses microzymas revenir au mode normal de leurs fonctions physiologiques; ou bien il peut mourir: s'il succombe, ses microzymas, après quelques jours, lorsque la putéfraction s'est emparée du cadavre, cessent de posséder la morbidité spécifique.

C'est de ces considérations, qui sont fondées sur ce qu'il y a de plus intime dans la constitution histologique de l'homme, et de plus expérimentalement vrai, que doit se tirer l'affirmation de l'utilité des *quarantaines*. Ces établissements efficaces de préservation sont institués surtout en faveur de ceux dont la réceptivité a été exagérée par une longue durée de mauvaises conditions hygiéniques qui ont créé en eux la *misère physiologique*; en les protégeant, les quarantaines

protègent aussi les forts.

A l'égard du choléra, il est certain que les excès, la misère, combinés à l'influence des milieux, sont prépondérants; c'est parce que, en vertu de l'aptitude à changer de fonction, le microzyma morbide peut devenir sain, qu'on peut arriver à modifier vers le bien une mauvaise constitution par le régime et par les milieux: l'hygiène est une grande force modificatrice.

Plus que jamais, la question de la contagion est à l'ordre du jour: on vient de voir comment M. Béchamp explique ce phénomène de la contagion en général; il n'est pas moins intéressant d'étudier comment les autres auteurs cherchent à s'en rendre compte à propos des différentes maladies. Actuellement, c'est la tuberculose qui est l'objet de leurs tentatives d'explication: mais l accord est loin d'être parfait. Et d'abord, la tuberculose est-elle une maladie contagieuse? M. Cornil dit: oui; M. Bouchardat dit: non. Au milieu de cette importante discussion, quelle que soit l'opinion vers laquelle on se sente naturellement porté, la méthode du doute philosophique est encore la meilleure et la plus scientifique. Avant de nous prononcer, interrogeons les faits et laissons-les parler.

M. *Daremberg* est plus pressé; son opinion est faite dès maintenant: pour lui, « la tuberculose est une affection parasitaire transmissible par inoculation, alimentation, inhalation. Entre conjoints, ces trois modes d'absorption peuvent être réalisés. La tuberculose est *toujours* causée par l'absorption d'un germe extérieur. »

C'est justement ce principe qu'il faudrait démontrer par des faits.

« La contagiosité, ajoute-t-il, n'est pas proportionnée à la quantité des germes contagieux, mais dépend de la qualité de terrains organiques plus ou moins disposés à les recevoir, de sorte que la contagion est un fait banal dominé par les réactions individuelles, préparées, antérieurement à l'infection, par des vices de nutrition héréditaires ou acquis.

« Les tuberculoses locales sont des tuberculoses atténuées.

« La scrofule semble être une diathèse, tandis que la tuberculose est une infection greffée sur des diathèses. On n'hérite pas généralement du germe infectieux de la tuberculose, mais des vices de nutrition qui ont provoqué cette infection chez les ascendants.

« La thérapeutique, tout en étant autorisée rechercher des spécifiques, devra tendre à détruire, par l'hygiène générale, les causes qui préparent un terrain favorable à la tuberculose, et, dans le cours de la maladie, à combattre, en outre, les phénomènes réactionnels causés dans l'économie par la présence et la prolifération de l'agent infectieux. »

Si les théories pathogéniques varient avec les auteurs, tous s'accordent à recourir à l'hygiène, pour éviter les épidémies et les maladies contagieuses ou non.

M. R. Blache a observé, cet hiver, trois faits de vaccine efficace, sans manifestations extérieures. ....

Il s'agit de trois enfants vaccinés par lui sans la moindre apparition de boutons de vaccine. Et cependant, six semaines après, une nouvelle tentative de vaccination détermina, sur place, tous les caractères d'une fausse vaccine et rien de plus. L'immunité, conclut l'auteur, peut donc exister chez certains sujets vaccinés, sans que la vaccination se soit traduite par aucun signe extérieur.

Dr J Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'aphasie dans la fièvre typhoïde chez les enfants,

par le Docteur Edmond CHAUMIER.

(*Fin*).

Je relaterai enfin une observation très intéressante, publiée par le Dr Manouwiez (*Gaz. des hôp. 1877*). C'est celle d'une petite fille de 4 ans qui devint aphasique au quinzième jour d'une diothiénentérie, après avoir présenté un peu de surdité. Elle reconnaît son père, mais ne peut lui parler, huit jours plus tard, on peut la lever, elle prend des potages. Le 26 avril, au trente-deuxième jour de la maladie, elle s'écrie en voyant un chat: « v'là l'cat! » Elle n'est plus sourde, se retourne quand on l'appelle; son intelligence est conservée; pas de paralysie motrice, ni sensitive. Le même jour elle dit: « maman. » Deux jours plus tard elle marche seule, mais ne peut ni parler, ni répéter des mots. Le 30, en voyant sa sœur, elle crie: « v'la Té-èse! » et dit « maman » et « merci papa » en recevant des bonbons. Le lendemain elle cesse d'être gâteuse. Elle quitte l'hôpital le 18 mai, parlant à peu près aussi bien qu'avant sa maladie. — Sa mère, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, avait été folle trois mois.

On voit, d'après les observations qui précèdent, que l'aphasie n'apparaît pas toujours pendant la convalescence, comme on est porté à le croire; mais bien un certain nombre de fois dans le cours de la maladie.

On peut, du reste, s'en rendre facilement compte en consultant le tableau suivant, qui renferme tous les cas relatés ci-dessus.

SOURCE DES OBSERVATIONS.	AGE ET SEXE	DÉBUT DE L'APHASIE.	DURÉE DE L'APHASIE.	TERMINAISON DE LA MALADIE.	OBSERVATIONS.
1 Journal de Vandermonde.	fille, 8 ans.	douzième jour.	8 jours.	guérison.	
2 Weisse.	garçon, 9 ans.	pendant la maladie.	3 semaines environ, continue pendant la convalescence.	guérison.	
3 Weisse.	garçon, 10 ans.	pendant la maladie.	3 semaines environ, continue pendant la convalescence.	guérison.	
4 Weisse.	garçon, 8 ans.	commencement de convalescence.	8 jours.	guérieon.	céda après écoulement séro-purulent par les oreilles.
5 Kuselmann.	?	?	?	guérlson.	
6 Boucher.	garçon, 13 ans.	commencement de convalescence.	4 ou 5 jours.	guérison.	albuminurie.
7 Boucher.	garçon, 3 ans.	commencement de covalescence	?	guérison.	convalescence longue, albuminurie.
8 Tommaso Galli.	?	convalescence.	?	?	
9 10 11 12 13 Albrecht Clarus. 14 15 16 17 18	10 garçons de 3 à 13 ans.	4 dans la convalescence. 1 dans la première semaine. 1 la deuxième. 2 la troisième. 1 la quairième.	?	10 morts.	2 autopsies; dans l'une on ne trouva pas de lésion. Dans l'autre on supposa, vu l'état valvulaire du cœur, une embolie, qu'on ne trouva pas; il y avait eu dans ce cas hémiplégie.
19 Bouchut.	garçon, 6 ans	convalescence	quelques heuree à deux reprises.	guérison.	Phénomènes de paralysie et de contracture des deux côtés
20 Eisenschitz.	?	?	?	mort.	autopsie, rien.
21 Guibout.	?	?	Durée longue.	guérison.	disparition subite.
22 Ducheck.	?	maladie.	?	?	contractures, paralysies.
23 Edmond Chaumier.	fille, 15 ans.	treizième ou quatorzième jour.	21 jours.	guérison.	paralysie, contracture à droite.
24 Edmond Chaumier.	fille, 6 ans.	vers le huitième jonr.	16 jours.	guérison.	faiblesse à droite.
25 Manouvrier.	fille, 4 ans.	quinzième jour	absolue 17 jours, puis intermittente.	guérison.	

Ainsi, sur vingt et un cas, douze fois l'aphasie commence pendant la maladie et neuf fois dans la convalescence.

Le tableau montre également combien est variable la durée de la perte de la parole, qui persiste depuis quelques heures jusqu'à trois semaines.

L'aphasie semble se rencontrer plus souvent dans le sexe masculin que dans le féminin ; puisque sur vingt cas, il y a quatre filles et seize garçons ; mais je crois qu'on ne peut pas conclure d'après un si petit nombre d'observations.

Weisse pensait, d'après ce qu'il avait vu, que l'aphasie devait faire porter un *pronostic* favorable. Sur vingt-trois cas où la terminaison est indiquée, il y a douze guérisons et onze morts. Dix appartiennent au même auteur, qui est probablement tombé sur une série mauvaise, comme on en rencontre si souvent dans la fièvre typhoïde. Il en est, en effet — et l'on doit tenir grand compte de cela, lorsque l'on fait des statistiques — de la fièvre typhoïde comme de la plupart des autres maladies épidémiques; on ne rencontre pendant un certain temps que des cas qui guérissent, avec n'importe quel traitement, et, plus tard, on peut avoir, quoi qu'on fasse, une série de cas mortels. C'est ce qui fait que beaucoup de médicaments acquièrent, à un moment donné, une très grande vogue, vogue qu'ils perdent plus tard, lorsque vient la série mauvaise.

Je ne me crois donc pas autorisé à dire que l'aphasie doit faire pencher le pronostic dans un sens ou dans l'autre ; je crois plutôt qu'on doit la regarder comme un symptôme indifférent.

Maintenant, peut-on, d'après les observations précédentes, assigner une *cause* à l'aphasie ? Trois autopsies ont été faites, on n'a rien trouvé de particulier du côté du cerveau ; dans un cas, on a supposé une embolie, à cause de l'état des valvules du cœur, et à cause d'une hémiplégie ; mais cette embolie, on ne l'a pas vue. Comme, dans un grand nombre de cas, la guérison survient, guérison complète, sans altération intellectuelle, on peut supposer que la lésion n'est pas grave, que l'on a affaire à un simple trouble circulatoire comme dans les névroses dont je parlais en commençant. La troisième observation de Weisse semblerait le prouver : « dès que l'enfant se sentit maître de sa parole, il en usa avec un entrain inouï, et bavarda toute la journée avec une vélocité excessive. » Cela a bien l'air d'une suractivité fonctionnelle liée à une suractivité circulatoire faisant place à une anémie. Un phénomène analogue se montre quelquefois dans la migraine. Tout

d'un coup, à la pâleur du malade succède de la rougeur de la face, avec un sentiment de chaleur du côté des oreilles; il y a en même temps de la suractivité cérébrale.

Le peu de durée des accidents dans le cas de Bouchut, ne peut guère s'expliquer également que par un trouble circulatoire.

Je ferai remarquer que, dans ma première observation, l'aphasie s'accompagna de paralysie, puis de contracture du côté droit; que dans la seconde, sans y avoir de paralysie complète, il existait une certaine faiblesse du côté droit; cela peut faire penser que le trouble circulatoire était uni latéral, et siégeait du côté gauche, en un mot, que ces cas rentrent dans la règle générale et que c'est la circonvolution de Broca qui est en cause.

Dans le cas de Bouchut, il y avait des phénomènes paralytiques des deux côtés; dans un cas d'Albrecht Clarus, il y avait hémiplégie, sans indication de côté. La relation succinte du cas de Ducheck ne mentionne pas non plus le côté affecté; je serais tenté de croire que les deux côtés étaient atteints.

Dans l'aphasie liée aux névroses, on obesrve aussi des troubles dans la sensibilité ou la motilité, troubles qui ont lieu tantôt des deux côtés, tantôt à droite seulement. Ainsi, sur vingt et un cas d'aphasie dans la migraine, une seule fois le fourmillement siégeait à gauche; huit fois le côté droit était affecté; douze fois les deux côtés.

Je ferai également remarquer que, dans mes deux cas, il y a eu un peu de rétention d'urine; cela a peu d'importance et se voit assez fréquemment chez les enfants, même lorsqu'ils ne sont pas très malades, il suffit qu'ils restent une journée au lit, pour qu'ils ne songent pas à uriner; souvent je les fais descendre les pieds nus sur le sol afin de provoquer une action reflexe sur la vessie. Cela arrive aussi quelquefois chez les adultes.

Ces divers troubles peuvent avoir existé à divers degrés dans les cas cités par les auteurs; mais souvent, pour remarquer une chose, il faut y songer; et tel symptôme que l'on n'a jamais rencontré dans une maladie, se présente tous les jours à votre observation, lorsque vous l'avez seulement remarqué une fois.

Le muguet qui tapissait la bouche d'une de mes petites malades n'avait également pour moi qu'une importance relative. Il en est du muguet comme de beaucoup de plantes; non seulement il lui faut pour germer un terrain convenable, mais il lui faut certaines conditions atmosphériques ou autres, il faut que la constitution médicale lui soit favorable.

Certaines années, les blés sont remplis de coquelicots, de bleuets, de moutarde sauvage; puis pendant plusieurs années, les graines de ces plantes restent dans la terre sans germer, et un beau jour, comme si elles s'étaient donné le mot, elles poussent à qui mieux mieux.

Il en est de même du muguet. Cela ne peut guère s'observer dans les hôpitaux — qui peuvent être comparés aux couches chaudes où les jardiniers font lever les graines de force — mais à la campagne, on s'en rend facilement compte. A certains moments, les malades arrivent au dernier degré de la cachexie; les cancéreux, les tuberculeux, les enfants athrepsiés ne présentent jamais de muguet; tandis qu'à d'autres moments, tous les cachectiques, tous les enfants qui ont quelques troubles gastro-intestinaux ont la bouche tapissée de muguet.

C'était au milieu d'une semblable période que la petite fille de ma seconde observation a eu son muguet.

Je crois qu'il ne faut pas s'arrêter non plus sur l'albuminurie que présentaient les malades du Dr Boucher, car elle n'est pas absolument rare dans la fièvre typhoïde.

Dans sa clinique sur l'aphasie, Trousseau, en rapportant les deux observations du Dr Boucher, les compare à celle d'une femme qui devint amnésique à la suite d'un érysipèle de la face: Cette femme avait complètement oublié les mots. « Pendant plusieurs jours, elle fut réduite à une sorte d'état automatique, acceptant les boissons et les aliments sans les demander, et n'exprimant aucune pensée. Quelques jours plus tard, elle put répéter, en y attachant le sens vrai, les mots qui lui étaient dits.

Peu après, elle commença à assembler quelques mots pour constituer des membres de phrases ou des phrases très courtes; elle était alors complétement rétablie au point de vue physique. Les premiers jours, elle ne répétait que les mots qu'on lui disait; puis sa mémoire commença à lui en rappeler quelques-uns. Elle demanda alors un gros cahier de papier, une plume et de l'encre, et pendant trois mois, elle passa plusieurs heures de chaque jour à écrire tous les mots qui lui revenaient à l'esprit. J'ai eu les cahiers entre les mains, et il est étrange de voir par quel procédé un mot en rappelait un autre; tantôt la première syllabe, tantôt la seconde lui donnait la clef d'un mot suivant. Souvent c'était la rime, quelquefois un sens fort éloigné. J'en veux donner quelques exemples: chat — chapeau — peau — manchon — main — manche — robe — jupon — pompon — rose — bouquet — bouquetière — cimetière — bière — mousse — cordage — corde à puits — fossé, etc. Il y en avait ainsi près de cinq cents pages écrites en petit texte. »

Dans son mémoire sur l'aphasie, Proust, (1) citant les mêmes observations, en donne la même interprétation; pour lui il n'y a pas là de l'aphasie, mais de *l'Amnésie*.

(1) Archives de médecine, février 1872.

C'est aussi l'opinion de Legroux (1)

« L'aphasie, dit-il, peut se rencontrer dans certaines maladies fébriles graves. Trousseau en a cité des exemples dans le cours de l'érysipèle de la face, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, et en particulier chez les jeunes sujets.

L'aphasie qui succède à la fièvre typhoïde en voie de guérison, car on ne l'a jamais observée pendant la période d'état ou d'augment, fournirait matière à de curieuses études.

Tout le monde sait combien, à la suite du délire typhique continu et prolongé, la mémoire reste souvent défaillante, soit pendant un espace de temps plus ou moins long, soit à tout jamais. En revanche, l'articulation mécanique des mots ne souffre aucune atteinte, et ce que le malade articule est articulé correctement. De deux facteurs, amnésie et alalie, un seul est donc en cause: l'amnésie.

Le convalescent de la fièvre typhoïde oublie les mots, juste comme il oublie les idées: si on lui prescrit d'aller chercher un objet, il part et revient sans l'avoir apporté, parce qu'il a oublié, en chemin, la nature de la commission. S'il veut prononcer un mot dans le court espace de temps qui sépare la volition de l'exécution, il oublie, et l'effort nécessaire pour reprendre sa recherche interrompue est au dessus de ses forces. »

Je crois que ces divers auteurs, n'ayant pas étudié sur le malade lui-même, l'aphasie des enfants dans la fièvre typhoïde, ont commis une erreur. Il n'y a rien, en effet, dans les observations du Dr Boucher, qui puisse faire croire à de l'amnésie; son premier malade faisait des efforts extrêmes pour prononcer le seul mot « non ». Cela arrive fréquemment dans l'aphasie due au ramollissement cérébral; l'année dernière, je soignais un homme âgé qui était devenu tout d'un coup aphasique; lorsqu'on le questionnait, il faisait beaucoup d'efforts pour répondre, mais n'aboutissait qu'à dire « non, non, non »; un peu plus tard, d'autres mots lui revinrent; puis il devint paralysé et mourut.

Chez le jeune malade du Dr Boucher « les mots revinrent successivement, quoique prononcés avec une remarquable lenteur.» Je ne vois rien là qui puisse faire penser à l'amnésie.

Les deux premiers malades de Weisse « avaient toute leur connaissance, ils comprenaient parfaitement tout ce qu'on leur disait, mais il leur était absolument impossible de proférer le moindre son articulé.» Ils ne présentaient, pas plus que le malade de Bouchut, dont l'observation a été entièrement rapportée plus haut, pas plus que celle du Dr Manouvriez, les symptômes de l'amnésie.

Chez ma première malade, aucun mot n'était conservé; mais lorsqu'elle eut prononcé un mot, les autres vinrent facilement; on n'eut pas besoin de lui apprendre la signification de chacun d'eux.

(1) Thèse d'agrégation 1875.

Ce n'était pas non plus de l'alalie mécanique, car la langue n'était nullement paralysée et l'enfant la remuait dans tous les sens lorsqu'on le lui commandait. Pendant un certain temps, elle ne comprenait pas; mais ensuite elle se faisait comprendre par signes.

C'était également ainsi que se faisait comprendre ma seconde malade; elle indiquait avec sa main son dos qui était douloureux et manifestait par signes le désir de manger.

Elle comprenait parfaitement ce qu'on lui disait, mais, lorsqu'on voulait la faire parler, elle faisait des efforts et ne pouvait y arriver. Elle avait, pour ainsi dire, « perdu le souvenir du procédé qu'il faut suivre pour articuler les mots »; c'est là ce que M. Charcot (1) appelle *aphasie motrice*. Et ce qu'il y a de remarquable chez cette dernière malade, c'est qu'elle ne recouvra d'abord que la prononciation des voyelles, et que, les premiers jours, malgré tous ses efforts, elle ne pouvait prononcer une consonne. Je lui présentais un radis en lui demandant ce que c'était, elle me répondait : « é — è — a — i ». Les consonnes étaient remplacées par une intonation nasale : elle disait presque « né — nè — na — ni — ».

Avant de devenir complètement aphasique, elle avait commencé par avoir également une intonation nasale. Les consonnes disparaissaient les premières et revenaient les dernières.

Beaucoup de petits enfants, lorsqu'ils commencent à parler, ne prononcent d'abord que des voyelles; il leur faut une éducation bien plus grande pour prononcer les consonnes; quelques-uns même restent plusieurs années sans pouvoir prononcer certaines d'entre elles. Je voyais, l'année dernière, une charmante petite fille de cinq ou six ans qui ne pouvait pas prononcer la consonne *l*, et qui la remplaçait toujours par *n*; pour dire un *lapin*, un *lièvre*, elle disait un *napin*, un *nièvre*.

Ce même phénomène, qui existe chez l'enfant, se retrouve également dans l'enfance de l'humanité; les vieilles langues sont beaucoup plus riches en voyelles que nos langues modernes, et tout fait supposer que les langues primitives ne consistaient qu'en exclamations.

Ma petite malade commençait donc à parler en prononçant ce qu'il y avait de plus facile, les voyelles; puis, peu à peu, elle récupéra la manière de prononcer les consonnes.

Ce n'est assurément pas là de l'amnésie, car elle connaissait bien la valeur des mots, mais ne pouvait les prononcer.

Je dirai peu de chose sur le *traitement*. Le Dr Boucher a employé les toniques. Mes petites malades ont été alimentées pendant leur aphasie, comme auparavant : on leur donnait ce qu'on pouvait leur faire prendre, du lait, du café, du vin; de la soupe, des œufs lorsqu'elles furent plus fortes.

Dans le premier cas, supposant pendant quel-

(1) Progrès médical 7 juillet 1883.

ques jours une méningite, je donnai un peu d'iodure de potassium, bien que je n'aie pas grande confiance en ce médicament.

Chez ma seconde malade j'employai, un peu tard peut-être, l'électricité. C'est ce qu'il y a, je crois, de plus rationnel. L'application d'un léger courant constant sur la tête n'a, du reste, aucun inconvénient, bien que tous les auteurs ne soient pas d'accord à ce sujet. Dans l'hémorrhagie cérébrale, par exemple, Remack, Legros, Onimus, Althaus électrisent le cerveau dès les premiers jours; Russel Reynolds, Jaccoud préfèrent attendre que tout phénomène d'irritation ait disparu. Teissier (1) se range de cet avis; Cyon (2) déconseille la galvanisation du cerveau et la trouve dangereuse.

Quoi qu'il en soit, Bénédikt a rapporté plusieurs cas d'aphasie guéris par cette méthode.

J'ai moi-même employé le courant continu sur le crâne dans un cas de contracture du bras et des jambe droite, survenue dans les premiers jours d'une hémorrhagie cérébrale. Pendant tout le temps que durait le courant, la contracture disparaissait; elle reparaissait environ un quart d'heure plus tard. Au bout de quelques séances elle disparut entièrement.

L'aphasie commençait à disparaître chez ma petite malade lorsqu'on a commencé le traitement électrique, il n'a donc été d'aucune utilité à ce point de vue; mais j'ai remarqué — ce qui avait déjà été signalé — l'augmentation du sommeil et une plus grande régularité des fonctions digestives; c'est ainsi que cette enfant, dont l'appétit était certainement exagéré, comme cela arrive souvent dans la convalescence, vint, sous l'influence du galvanisme, à avoir un appétit normal. D'un autre côté, les forces revinrent très vite, beaucoup plus vite que chez ma première malade

L'électricité, tout le monde le sait, active la nutrition générale : l'électrisation des centres nerveux serait souvent d'une grande utilité dans la convalescence de la fièvre typhoïde, tant pour régulariser la nutrition, que pour faire disparaître l'hébétude, qui dure quelquefois longtemps, et qui devient même parfois permanente.

(1) De la valeur thérapeutique des courants continu,s th. d'agrég. 1878.

(2) Principes d'électrothérapie; Paris, 1878.

MEDECINE PRATIQUE

DE L'ALCOOLISME (*fin*).

V. — Delirium tremens.

Il ne faut pas confondre le délire alcoolique, dont nous avons parlé dans le précédent article, avec le *delirium tremens*. Il nous semble, que, à l'exception de M. Magnan, les auteurs n'ont pas assez insisté sur cette distinction.

Cependant le délire alcoolique et le *delirium tremens* sont dissemblables à plusieurs égards. — Ils naissent au milieu de circonstances différentes; le second implique l'existence du premier sans doute, mais dans une proportion variable et avec l'addition d'autres symptômes infiniment plus importants, qui modifient du tout au tout le tableau clinique. Enfin le pronostic du second est beaucoup plus grave que celui du premier.

Le délire alcoolique peut apparaître dans toutes sortes de circonstances. Il peut être une manifestation de l'intoxication aiguë, il peut survenir chez un alcoolisé chronique, à l'occasion d'une maladie intercurrente; il peut aussi naître, spontanément, dans le cours de l'alcoolisme chronique, chez des sujets prédisposés par hérédité cérébrale, sous des influences mal connues, telle qu'une perturbation nerveuse, mais sans intervention d'excès récents de boissons.

Le *delirium tremens* n'est jamais le résultat de l'alcoolisme aigu; c'est une manifestation aiguë, sans doute, mais qui ne survient qu'à titre d'épiphénomène, dans le cours de l'alcoolisme chronique, et apparaît presque toujours à la suite d'excès récents et nombreux de boissons.

Les CONCEPTIONS DÉLIRANTES sont certainement analogues dans le *delirium tremens* et dans le délire alcoolique; ce sont les mêmes caractères de délire toxique, mais leur intensité n'est nullement en rapport avec la gravité des cas. C'est le cortège des SIGNES SOMATIQUES qui mérite ici d'être surtout pris en considération.

L'alcoolique délirant, dont nous avons, d'après les meilleurs observateurs, esquissé le portrait précédemment, pourra bien, sous l'influence de l'extrême agitation à laquelle il est en proie dans la forme maniaque, présenter un pouls plus rapide, la peau un peu chaude et moite, un certain degré de tremblement. Mais il n'offrira pas à notre observation, comme dans le *delirium tremens*, l'*hyperthermie* tout à fait frappante, la *trémulation* de tout le corps et les sueurs profuses qui l'inondent, alors même que parfois il s'agite peu dans son lit.

C'est le thermomètre, M. Magnan insiste avec raison sur ce point, qui doit servir de critérium principal dans l'appréciation de la gravité des cas de *delirium tremens*. « Toutes les fois que..., sans complication pectorale, abdominale, sans affection intercurrente, en un mot, capable par elle-même de provoquer et d'entretenir la fièvre, toutes les fois que la température prise au rectum, après avoir oscillé pendant deux ou trois jours autour de 39 degrés, s'élèvera à 40°, 41°, le pronostic sera grave, et la gravité augmentera avec l'accroissement ou la persistance même de cette élévation de température..... Dans les cas d'alcoolisme aigu à forme bénigne, la colonne peut s'élever à 38°, 2 ou 3 cinquièmes, par suite de l'agitation quelquefois extrême de l'alcoolique, mais cette limite est

rarement dépassée, et dans tous les cas, aussitôt que le malade a un moment de répit, la colonne thermométrique descend rapidement et oscille autour de 38°. »

Après la fièvre, ce sont les caractères spéciaux des désordres du mouvement qui impriment le véritable cachet à cet état morbide et lui ont valu son nom. C'est la généralisation et non l'intensité du tremblement qui doit attirer l'attention. « Un alcoolique peut présenter un tremblement énorme des bras, des jambes, de la face ; si ce tremblement ne persiste pas, s'il n'occupe pas tous les muscles du corps, on peut se rassurer, c'est un coup de fouet, un accident passager qui s'apaisera souvent, sans laisser de traces fâcheuses de son passage; mais, si le tremblement d'une intensité d'ailleurs moyenne s'est emparé de tous les muscles du corps, s'il s'accompagne de secousses et surtout de frémissements et d'ondulations musculaires, si tous ces phénomènes persistent pendant le sommeil, non seulement on arrive, dès le second ou le troisième jour, à l'épuisement nerveux, à un abattement complet des forces, mais encore la persistance de tous ces symptômes est l'indice d'un travail irritatif intense, occupant les centres nerveux et, plus particulièrement, l'axe rachidien, irritation dont l'autopsie donne malheureusement la preuve trop fréquente. »

Pour apprécier ces caractères de tremblement, il ne faut pas se contenter de regarder le malade; le frémissement musculaire, les ondulations peuvent être peu accusés au visage; il faut appliquer la main sur le corps, les cuisses, le dos pour percevoir les ondulations, les frémissements et les secousses et pour « sentir ainsi sous le doigt les cris de souffrance de la moelle dont les forces excito-motrices s'épuisent vainement dans cette activité stérile, tumultueuse, désordonnée. »

Un dernier signe moins important, qui se montre après deux ou trois jours de fièvre, de tremblement et de délire, c'est la *faiblesse musculaire*, paralysie incomplète, plus marquée ordinairement dans les membres inférieurs; le malade qui, malgré sa trémulation, pouvait se tenir debout et marcher, chancelle, s'alite, serre plus faiblement la main qu'on lui tend.

Pour compléter le tableau, nous rappellerons les yeux injectés et hagards; le *facies* souriant ou grimaçant, suivant la nature des hallucinations qui constituent son délire; la *parole* embarrassée ou brève, saccadée, impérieuse, le *sommeil* presque nul comme l'appétit, la *soif* ardente. Après un temps variable, dans les cas les plus heureux, l'agitation diminue, la température baisse peu à peu et le malade tombe dans un *sommeil* profond et prolongé, d'où il se réveille, calme, mais brisé de fatigue et ne conservant qu'un souvenir confus de ce qui s'est passé pendant l'accès. — Sinon, l'hyperthermie croissante, des convulsions épileptiformes, le coma, l'embarras progressif de la respiration sont le prélude de l'agonie.

M. Magnan pense qu'on doit distinguer d'une façon radicale le *delirium tremens* fébrile dégagé de toute maladie intercurrente, caractérisé uniquement par la fièvre, le tremblement et les autres symptômes sus-indiqués, du *delirium tremens* associé aux affections intercurrentes et aux traumatismes. Dans le premier cas, l'explosion reconnaît toujours pour cause de récents excès de boisson; dans le second, les accidents se montrent chez un alcoolique chronique sans excès nouveau, par le seul fait de la maladie aiguë accidentelle, pneumonie, érysipèle, péricardite, traumatisme, etc., dans le second cas, le pronostic de l'accès dépend surtout de la gravité de la maladie accidentelle ; dans le premier, de l'intensité des signes propres à l'accès.

VI. — L'alcoolisme chez l'homme et chez les animaux. — L'observation clinique et la médecine expérimentale.

Avant de passer en revue les troubles que fait naître chez l'homme l'imprégnation habituelle par les alcooliques, il convient de faire connaître les résultats qu'ont obtenus, chez les animaux, MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, dans des recherches complémentaires de celles que nous signalions la dernière fois (1). Ayant soumis des porcs à l'usage habituel des alcools (dose de 1 gr. à 1 gr. 50 par kilogramme du poids du corps), ces observateurs, ont noté pendant la vie, du côté de l'appareil digestif, des vomissements de bile et de matières glaireuses, des diarrhées plus ou moins abondantes, quelquefois sanguinolentes; d'autre part, de la gêne de la respiration, des tremblements musculaires, enfin de la faiblesse et même de la parésie du train postérieur. — Les lésions anatomiques ont consisté en des congestions du tube digestif pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie; des congestions et des inflammations du foie, n'aboutissant pas cependant à la cirrhose; de l'hyperémie de l'aorte, des hémorrhagies dans le tissu cellulaire et l'épasseur des muscles.

Bien que nous soyons très partisan de l'expérimentation en physiologie et bien éloigné d'adhérer en quoi que ce soit à la ridicule ligue antivivisectionniste, nous ne pouvons nous empêcher, en lisant le résultat des recherches fort intéressantes d'ailleurs de MM. Beautmetz et Audigé, de nous rappeler quelques paroles bien sensées de Lasègue : « La médecine expérimentale, disait-il, a fait de l'alcoolisme l'objet de ses études les plus suivies, et elle estime qu'elle lui doit ses plus beaux triomphes. Vous me permettrez de ne pas être de cet avis. Vous prenez un lapin ou un cobaye, vous le gorgez d'absinthe, de cognac, vous lui en donnez par l'estomac, vous lui en injectez sous la peau et, cela fait, vous observez les symptômes qu'il présente. Quand vous avez bien étudié, bien classés les symptômes, vous dites : voilà ce que c'est que l'alcoolisme. »

(1) Académie des Sciences, 28 mai 1883, *in* France médicale, n° 65.

Quelle erreur ! Un médecin, qui avait étudié la belladone sur les chevaux, n'avait oublié parmi les accidents produits... que le délire ! « Ah ! c'est que les chevaux n'ont pas les hallucinations de la vue ou de l'ouïe que nous voyons chez l'homme ; la belladone ne place pas devant leurs yeux de gais pâturages, de riantes prairies ; elle ne leur fait pas entendre de délicieuses mélodies ; ou tout au moins, si les chevaux éprouvent ces sensations, ils ne peuvent nous les révéler. » Vous donnez à une chèvre du tabac, qu'elle mange avec plaisir, et sans inconvénient, continuait Lasègue ; allez-vous en conclure, qu'il en serait de même avec une jeune femme ? Dans le même ordre d'idées nous éprouvons quelque surprise à apprendre que l'alcoolisme chronique ne termine pas chez le porc la cirrhose du foie, allons-nous pour cela douter qu'il la produise chez l'homme ?

Est-ce dans l'expérimentation que nous trouveverons l'explication des différences si tranchées, qui existent entre trois types d'individus présentant, comme caractère commun, l'appétit exagéré de l'alcool, — l'alcoolique, l'ivrogne, le dipsomane ?

« Le type de l'*alcoolique*, vous le trouvez parmi ces petits boutiquiers qui, toute la journée, laissent à leur femme le soin de tenir le comptoir, et qui, pour leur compte, estiment qu'il est préférable d'aller passer leur vie au café, à jouer et à boire. Ce ne sont pas des ivrognes ; sans doute, ils sont toujours un peu éméchés, prêts à prendre feu, mais l'incendie ne s'allume pas ; c'est une sorte de subivresse perpétuelle, dont on s'aperçoit à peine, et qui ne les empêche pas d'être considérés, dans leur quartier, comme de fort braves gens, incapables de mal faire, ne se grisant jamais. » Puis, un jour, après des mois et des années, quand l'imbibition est complète, éclate un accès de *delirium tremens*, ou bien, ils se trouvent porteurs d'une lésion organique complète, et sourdement constituée : cirrhose, paralysie générale, etc.

« L'*ivrogne* n'est jamais un alcoolique. On pourrait presque dire, qu'en faisant des lois tendant à réprimer l'ivresse publique, on tend à encourager l'alcoolisme. L'ivrogne n'emmagasine pas ; il prend d'un coup l'alcool nécessaire à l'explosion de divers accidents aigus. L'explosion se produit, il est malade quelque temps, et puis c'est fini.

« Le *dipsomane* est un individu appartenant à n'importe quelle catégorie sociale, aux plus élevées comme aux plus humbles qui, pendant une très longue période de son existence, souvent jusqu'à un âge avancé, a été d'une sobriété absolue ; son entourage vous le dira, jamais il n'a eu le moindre goût pour les boissons alcooliques. Un beau jour, tout à coup, il devient somnolent, triste, morose, son caractère change du tout au tout, et, très rapidement, il acquiert pour la boisson un appétit tout particulier qui le rapproche de l'alcoolique. » Ces gens-là sont des cérébraux, des névropathes ; on peut être assuré qu'il s'est passé quelque trouble dans leur système nerveux. Une enquête minutieuse permettra de constater qu'ils ont éprouvé quelque ictus, bien léger parfois, un éblouissement, une perte de connaissance, une modification du caractère.

« L'alcoolique est généralement un homme expansif, qui n'aime à boire qu'en compagnie ; le dipsomane boit seul, sombre et taciturne. » Le premier boit régulièrement, et constamment avec excès, des boissons qui lui plaisent ; le second boit d'une façon intermittente, à telle ou telle époque de l'année, comme par crises ; il boit n'importe quoi, pourvu que ce soit alcoolique, fût-ce de l'eau dentifrice.

Voilà ce qu'enseigne l'observation des malades ; voilà ce que la médecine expérimentale est impuissante à nous expliquer.

VII.— Lésions organiques et symptômes causés par l'alcoolisme chronique.— Ses connexions avec d'autres états morbides.

L'APPAREIL DE LA DIGESTION est un des premiers frappés le plus souvent par l'alcoolisme chronique.

L'estomac peut être atteint de *gastrite simple*, avec taches hypérémiques ou ecchymotiques disséminées sur la muqueuse, qui plus tard s'épaissit, s'indure et se rétracte ; l'hypertrophie des glandules marche de pair avec leur dégénérescence graisseuse ; les qualités et la quantité du suc gastrique sont modifiées, le mucus est sécrété en quantité anormale.

Il peut y avoir de la *gastrite ulcéreuse* et même *phlegmoneuse* (Leudet) ; cette dernière forme paraissant plutôt se rattacher à l'alcoolisme aigu. Les ulcérations sont, en général, multiples et peu profondes, n'ayant pas de tendance à la perforation, et parsemées de petits caillots sanguins.

Dans l'intestin, c'est le cœcum qui est le siège le plus habituel de lésions analogues. A ces lésions anatomiques correspondent des troubles fonctionnels variables : dispepsie avec météorisme, anorexie, gastralgie, pituite matinale, parfois gastrorrhagie, coliques avec alternatives de constipation, de diarrhée séreuse ou hémorrhagique dysentériforme.

Chez certains sujets, la muqueuse digestive, par suite d'une résistance individuelle plus grande, ou peut-être par suite de la nature des boissons qu'ils ingèrent, échappe longtemps à l'action topique de l'alcool ; mais celui-ci, absorbé par les radicules de la veine porte, va concentrer son action sur les glandes annexes ; le foie et la rate, le péritoine sont atteints.

Nous n'avons pas à insister sur la fréquence de la *cirrhose hépatique* chez les buveurs, le foie des buveurs de gin, disent les Anglais. L'atrophie de cet organe, sa consistance accrue, les granulations qui en parsèment la surface, l'ascite et les autres symptômes qui en découlent sont du domaine classique. Les travaux récents faits sur les diverses formes d'hépatite chronique, diffuse, interstitielle et parenchymateuse, semblent démontrer que la cirrhose atrophique n'est pas la seule qui

puisse résulter de l'alcoolisme ; et certaines cirrhoses hypertrophiques avec dégénérescence graisseuse des cellules paraissent devoir être rattachées à la même influence.

La présence de l'ascite chez un alcoolique n'est pas toujours l'indice de l'existence d'une cirrhose. M. Bouveret a publié sur l'ascite curable des alcooliques un intéressant travail dans le *Lyon-Médical*.

Cette ascite peut résulter d'une *péritonite chronique*, ainsi que M. Lancereaux l'a depuis longtemps signalé, et dans un récent article nous avons eu l'occasion d'en indiquer les symptômes et le diagnostic (1). C'est l'opinion aussi de M. Leudet, qui pense que cette péritonite chronique serait presque toujours consécutive à des lésions viscérales, gastrite scléreuse, entérite. — L'ascite a-t-elle pu résulter simplement de la congestion du foie, dans le cas de M. Bouveret? C'est contraire aux idées reçues. En ce qui concerne la thérapeutique à suivre, la notion de la possibilité d'une ascite curable semble devoir modifier la conduite tenue en général par les praticiens. Au lieu d'attendre, en effet, comme le veulent les classiques, pour pratiquer la ponction de l'abdomen, que les troubles de la respiration ou de la circulation dans les veines des membres inférieurs (œdème) en donnent le signal, il y aurait lieu d'intervenir de bonne heure pour débarrasser l'abdomen de la masse liquide qui aggrave les troubles de la digestion, de l'absorption et de la sécrétion urinaire.

Les autres séreuses, peuvent subir, quoique moins souvent et d'une manière indirecte par l'influence des troubles circulatoires ou dyscrasiques, l'influence de l'alcool (pleurésie, péricardite adhésive). En ce qui concerne l'APPAREIL CIRCULATOIRE, l'*athérome* artériel, avec toutes ses conséquences possibles, est considéré par beaucoup d'auteurs, mais non par tous, comme une des résultantes de l'alcoolisme. L'endocarde et les appareils valvulaires de cœur, le myocarde peuvent présenter des lésions scléreuses comme tous les vaisseaux; *artério-sclérose*, diathèse fibroïde, sont les expressions les plus communément usitées aujourd'hui pour désigner l'ensemble de ces désordres organiques.

Les rapports de l'alcoolisme avec les lésions de l'appareil respiratoire sont intéressants à connaître; on sait, depuis bien longtemps, que la *pneumonie des alcooliques* s'accompagne d'un ensemble symptomatique tout spécial. — Langue sèche et noirâtre, dents fuligineuses; agitation, délire violent avec hallucinations et tremblement suivi d'une dépression considérable des forces; tendance plus grande à l'hépatisation grise et à la suppuration, pronostic en somme défavorable, indication formelle du traitement tonique et de la médication alcoolique, voilà ce qu'il faut retenir.

En ce qui concerne les *rapports de l'alcoolisme avec la tuberculose*, certains auteurs ne croient pas que celle-ci soit plus fréquente chez les buveurs, ni qu'elle revête une forme spéciale. Dans un travail récent (1), M. E. Garaudeaux, arrive aux conclusions suivantes : La tuberculose qui survient chez les buveurs est rarement héréditaire, mais presque toujours acquise et reconnaît manifestement pour cause l'alcoolisme, apparaît rarement avant trente ans, habituellement vers quarante-cinq, quelquefois après soixante. Sa durée, plus courte que celle de la phthisie ordinaire, varie de quelques jours à un an, en moyenne six mois. Siégeant aux poumons, le plus souvent, elle frappe quelquefois en même temps le péritoine, l'intestin, la surface du foie, les méninges. Une symptomatologie insidieuse, incomplète; une forme anatomique plutôt granuleuse ou miliaire qu'ulcéreuse, achèveraient de la caractériser.

Un grand intérêt s'attache aux lésions que l'alcoolisme exerce sur le SYSTÈME NERVEUX.

Dans l'encéphale, les diverses formes de *méningite chronique*, notamment la pachyméningite hémorrhagique; la *périencéphalite diffuse atrophique*; dans la moelle, des scléroses diffuses ou plus rarement systématisées; dans les filets nerveux, des lésions encore mal connues, sont les causes anatomiques de troubles fonctionnels aussi variés qu'importants, soit au point de vue du diagnostic de l'alcoolisme, soit en raison de la gravité du pronostic.

« Tantôt les troubles médullaires prédominants feraient croire que toute l'action du poison s'est concentrée sur la moelle; on peut trouver, en effet, de très bonne heure et alors que les troubles intellectuels sont peu accusés, des *picotements* de la peau, particulièrement *de la plante des pieds et des mains*, des *engourdissements*, des *fourmillements*, des sensations anormales de froid et de chaud, des *crampes*, de l'*hyperesthésie* superficielle ou profonde, de l'*anesthésie* cutanée ou musculaire, de la *faiblesse* et du *tremblement* des bras et des jambes, de la paresse des réservoirs contractiles (vessie, rectum — incontinence ou rétention). » (Magnan).

M. Lancereaux a particulièrement insisté sur les *paralysies alcooliques* qu'il range dans un même groupe nosologique avec d'autres paralysies toxiques, dues à l'action du plomb, de l'arsenic, du sulfure de carbone, etc (2). « La paralysie est symétrique, c'est-à-dire qu'elle se localise en même temps et au même degré sur les muscles homologues des deux côtés, non seulement aux membres inférieurs, mais encore aux membres supérieurs. Des extrémités où elle débute, elle gagne peu à peu, en diminuant d'intensité, la racine des membres; l'affaiblissement est toujours plus accusé aux membres inférieurs qu'aux supérieurs, dont les fonctions sont généralement peu compromises. Les muscles extenseurs sont, dans

(1) Des péritonites chroniques. *Concours médical*, 1883

(1) De la tuberculose chez les buveurs, 1878.
(2) Paralysies toxiques 1882, p. 18.

la grande majorité des cas, plus fortement atteints que les fléchisseurs, d'où résulte une attitude spéciale des pieds et des mains. La contractilité électro-musculaire est manifestement diminuée, ainsi que la sensibilité cutanée au courant faradique. »

Les *troubles cérébraux et intellectuels* comprennent toute une gamme de symptômes depuis la céphalalgie, avec lourdeur de tête, les bourdonnements d'oreille, éblouissements, vertiges, les attaques épileptiformes, les ictus semi-comateux, jusqu'aux symptômes caractéristiques et classés nosologiquement de la démence et de la paralysie générale qui en sont les aboutissants.

VIII. — Alcoolisme chronique et traumatisme.

Nous emprunterons encore à l'école de M. Verneuil quelques indications sur cette importante question.

Chez les alcooliques chroniques, le traumatisme est souvent la cause occasionnelle d'accidents alcooliques aigus. Le délire nerveux, décrit par Dupuytren, est presque toujours le délire alcoolique; les toniques et les stimulants diffusibles doivent constituer la base de son traitement. On peut encore voir, chez les alcooliques blessés, des convulsions épileptiformes, des spasmes d'apparence tétanique, de l'hyperesthésie, des troubles psychiques divers.

L'alcoolisme chronique paraît favoriser en outre, en créant des altérations organiques et humorales particulières, l'apparition de complications secondaires plus ou moins graves, septicémies, suppurations abondantes, inflammations diffuses, gangrènes partielles, hémorrhagies secondaires, lenteur et anomalies du processus réparateur.

Il importe donc beaucoup avant d'entreprendre une opération sanglante et de créer un traumatisme opératoire, de s'assurer des antécédents du sujet au point de vue de l'alcoolisme, et de ne pas se fier uniquement à son aspect extérieur ; car, avec l'aspect le moins cachectique, avec les indices de la plus grande vigueur, certains buveurs portent des altérations viscérales profondes, dont on n'aurait pas soupçonné l'existence, et auxquelles ils succombent, quelquefois de la façon la plus inattendue, par suite du coup de fouet que le trauma donne à leur évolution.

IX. — Thérapeutique.

La thérapeutique de l'alcoolisme comprend plusieurs points.

I. — TRAITEMENT DE L'IVRESSE. Provoquer le vomissement par les moyens ordinaires, depuis la titillation du voile du palais, le tartre stibié, l'ipéca, l'eau tiède. — Repos horizontal, tête légèrement élevée, protection contre le froid extérieur. Ammoniaque liquide en potion ou en lavement. Thé, café, frictions stimulantes, sinapisation en cas de torpeur trop profonde.

II. — DÉLIRE ALCOOLIQUE SANS FIÈVRE. Quelques purgatifs, boissons diurétiques abondantes au début, puis infusions amères, quassia, gentiane, colombo, houblon), *repos et isolement*. Ici une distinction doit être faite entre les malades qui se rétablissent en l'espace de quelques jours et ceux qui ont une convalescence traînante, accidentée de rechutes; ces derniers doivent être absolument déplacés, enlevés au milieu qui les tente et les pousse. Placer les buveurs habituels dans des asiles d'aliénés est sans doute une extrémité qui répugne ; aussi serait-il désirable qu'on créât, en France, des maisons de refuge spéciales pour ces malades, ainsi qu'on l'a fait aux États-Unis (*inebriate homes*) et en Angleterre (*habitual Drunkard's homes*) (1).

III. — DÉLIRIUM TREMENS FEBRILE. — 1° Protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage. On n'obtient que de mauvais résultats de l'immobilisation au lit avec les anciennes camisoles qui apportent un obstacle sérieux au jeu de la cage thoracique ou peuvent comprimer les voies aériennes au cou. Il vaut mieux employer le *maillot* complet et large avec manches fermées en forme de sac et laisser le malade s'agiter dans une chambre matelassée, si on peut en avoir une. — 2° Eliminer le poison : bains quotidiens, boissons très abondantes. — 3° Modérer le système nerveux et relever les forces. L'opium à doses modérées et le chloral ont été surtout préconisés; M. Magnan pense que ce dernier médicament, utile dans le délire alcoolique simple, est contre indiqué dans le délirium tremens fébrile où la circulation et la respiration sont déjà compromises. Il faut proscrire absolument les émissions sanguines. Les toniques, extrait de quinquina uni au sirop d'écorces d'oranges, café, chocolat, lait, bouillon sont indispensables.

IV. — L'ALCOOLISME CHRONIQUE, suivant ses déterminations sur tel ou tel organe, comporte des indications si différentes, qu'à vrai dire il n'a pas de traitement spécial. Cependant le régime lacté, les amers astringents et particulièrement la noix vomique, l'iodure de potassium et les alcalins, forment la base générale de la thérapeutique.

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

ASSOCIATION GÉNÉRALE ET SYNDICATS.

Il est instructif d'observer ce qui se passe, en ce moment dans les régions où les *Syndicats* s'organisent à côté des *Sociétés locales*.

Qui s'est associé s'associera !

Il n'est donc pas surprenant que les membres de l'Association générale deviennent volontiers

(1) Sur les maisons de santé pour les buveurs habituels, par le Dr M. Berthelot. Paris, 1882.

les adhérents des Syndicats. Puisque le fait existe, les conséquences se déduisent d'elles-mêmes.

Vienne une élection, les Bureaux de l'Association se recrutent déjà et se recruteront de plus en plus parmi les partisans des Syndicats.

Dans une des plus anciennes et des plus importantes Associations départementales des environs de Paris, il s'agissait de renommer le Bureau : qui a été nommé président et vice-président de l'Association ? Les présidents des deux Syndicats qui fonctionnaient dans le département !

Le Conseil général de l'Association et son nouveau et distingué secrétaire feront bien de méditer de tels exemples, d'en mesurer la portée, et de s'en inspirer dans leurs décisions et dans leurs rapports.

M. Coriveaud, de Blaye, l'écrivait récemment :

Le tiers-état médical trouve *que la maison lui appartient* et il prétend l'aménager à sa guise. Qui voudrait, qui pourrait l'en empêcher ?

II

CAISSE DES PENSIONS DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

A

Puissance des chiffres.

Parmi les médecins qui ont adhéré, en principe, à la fondation d'une caisse de pensions de retraite, il en est qui ne connaissent pas assez la puissance des chiffres, et d'autres qui l'exagèrent. Quelques-uns s'imaginent que de faibles cotisations, multipliées par l'association, permettront de servir de grosses pensions, voire des pensions reversibles sur les veuves !

L'Etat retient à ses employés cinq pour cent de leur traitement, et leur assure, en effet, de belles pensions ; mais il travaille à perte, et rend, d'une manière générale, *quinze*, tandis qu'il ne retient que *cinq*. Pour se constituer, par leurs seules ressources, des pensions convenables, les médecins devront s'imposer des sacrifices bien plus considérables que ceux des employés soumis à la retenue.

Voici les résultats sommaires de quelques calculs faits, en supposant l'intérêt de l'argent au taux de 4 1/2, et en admettant la table de mortalité de Deparcieux.

Supposons 20 cotisations annuelles de 100 francs versées de 40 à 60 ans, elles constitueront, à 60 ans, un capital de 3,278 francs que le jeu de la mortalité élève à 5,000 francs. Or, cette somme, à 60 ans, vaut environ 500 francs de rente viagère.

Si les âges étaient 45 et 65, la mortalité étant plus forte, la pension de droit serait 650 francs.

Supposons encore les âges 40 et 60, et admettons, pour imiter le système de la Caisse belge, que les adhérents aient versé, en outre, de 30 à 40 ans, dix cotisations de 50 francs, il en résulterait, à 40 ans, un capital de 642 francs, devenu à 60 (grâce à la mortalité), 2500, ce qui motiverait 250 francs de rente viagère. La pension totale de ceux qui auraient cotisé dans ces conditions serait donc de 750 francs.

Aux adhérents cotisant de 30 à 60 ans, et qui verseraient 100 francs par an durant toute cette période, on peut promettre, à 60 ans, la pension de 1,000 francs, si désirée. Dr LANDUR.

B

Mortalité des Médecins en Angleterre.

A 25	ans..................	1000 médecins.
35	—..................	884 survivants.
45	—..................	765 —
55	—..................	612 —
60	—..................	527 —
65	—..................	453 —
75	—..................	171 —
76	—..................	144 —
77	—..................	121 —
78	—..................	102 —
79	—..................	85 —
80	—..................	72 —
81	—..................	61 —
82	—..................	51 —
83	—..................	43 —
84	—..................	36 —
85	—..................	30 —
90	—..................	12 —
95	—..................	4 —
100	—..................	0.6 —

D'après les tables de mortalité anglaises, par profession. Dr GÉRARD-LAURENT.

C.

Nous continuons à publier quelques-unes des lettres que nous recevons à propos de la *caisse des pensions*.

Cher et honoré Directeur,

Je vous envoie, avec le plus grand plaisir, mon adhésion au principe de la Caisse des pensions.

Je crois que nous serions bien près d'atteindre notre but si, aux confrères qui, pour raison d'infirmités ou de vieillesse, se voyaient dans la nécessité de ne plus travailler, nous pouvions donner une pension atteignant le chiffre de 1.200 fr. ;

A la veuve une rente de 1.000 fr., rente qui serait supprimée si la veuve se remariait ;

Un droit au *Concours médical* de se faire représenter au conseil de famille, en cas de décès du père, droit qui permettrait à notre société *véritablement fraternelle*, de surveiller les enfants jusqu'à leur majorité.

Est-ce une utopie de penser ou plutôt d'espérer qu'un jour viendra où la mort nous paraîtra moins redoutable, puisque nos enfants, adoptés par la famille médicale, verront supprimer pour eux cet isolement et ce délaissement qui, tant de fois, a produit des conséquences si fâcheuses.

Une rente pour nos vieux jours ;

Le vie matérielle assurée à notre veuve;

Une famille toujours dévouée pour conduire nos enfants jusqu'à leur majorité, voilà ce que je rêve et ce que, grâce à votre dévouement et à votre généreuse initiative, nous verrons se réaliser.

Quant à la somme à verser annuellement, je n'en puis parler, c'est une question de comptabilité à résoudre.

Mais si nous réfléchissons aux sommes dépensées *inutilement* dans le courant d'une année, je crois que, pour nous assurer des avantages si précieux, nous pourrions donner une somme relativement asssez forte.

Veuillez agréer, etc. Dr VIENNOT.
(*à Marines, Seine-et-Oise*).

D.

Honoré Directeur,

Au sujet de la Caisse des pensions de droit, je prends la liberté de vous faire connaître l'impulsion qu'il s'agit de donner à cette question, à laquelle je crois pouvoir affirmer qu'aucun médecin n'est indifférent.

Il faut que la Commission, instituée pour l'examen de cette question si importante, élabore sans retard des Statuts qui seront transmis, en même temps qu'une formule d'adhésion, à tous les membres du *Concours médical*. D'après les résultats que donnera cet appel, il sera établi un contrat nominatif dont chaque souscripteur devra être muni, afin qu'en cas de décès prématuré, la veuve du défunt puisse faire valoir ses droits à la portion de retraite qui lui sera dévolue.

La pension à toucher à soixante ans, ne devrait pas être inférieure à 1.000 fr.

La veuve devrait aussi toucher au moins 500 fr.

Je suis tout disposé à m'imposer des sacrifices, pourvu que la cotisation, semestrielle ou annuelle, ne soit pas incompatible avec mon modeste budget.

Dans l'attente d'une solution, agréez, etc.

GRANDO,
(*Officier de santé à Pézilla-la-Rivière*).

NOUVELLES

LA MORT DE THUILLIER. — Un élève de M. Pasteur, M. Roux, écrit à son illustre maître une lettre à laquelle nous empruntons les détails suivants.

Thuillier et Nocard étaient allés, le vendredi 14, à Tantah, assister à une autopsie de race bovine; ils sont revenus le samedi, et, le lundi 17, ils sont allés au lazaret des animaux à l'abatoir, recueillir du sang de bœuf.

Thuillier eut, le matin, une selle; il fut toute la journée gai et prit un bain de mer, et, le soir, nous avons fait une promenade en voiture. Au dîner, il mangea de bon appétit et se coucha vers dix heures et demie. Le sommeil vint rapidement. A trois heures du matin, il va à la garde-robe; il se sent très mal et entre dans notre chambre en criant: « Roux, je suis très mal »; il tombe sur le plancher. Straus et moi nous le portons dans son lit; il avait le visage pâle et suant, les mains froides comme un homme qui a une syncope. Nous avons cru d'abord à une indigestion. Il se remit très vite, prit un peu de solution opiacée et s'endormit.

Je m'étais installé dans sa chambre sur le canapé. A cinq heures, il eut une selle diarrhéique abondante. Je le couchai; il vomit son dîner de la veille comme il l'avait ingéré. Puis soulagé, il s'endormit de nouveau après avoir pris encore une solution opiacée. A sept heures, il me paraît plus mal, il se plaint du froid. Une nouvelle selle survient. Strauss et moi avons besoin de le soutenir, tant la syncope est menaçante.

A partir de ce moment tout se précipite. La médication la plus énergique a beau être appliquée: à huit heures on peut le considérer comme mort. Crampes des muscles, des jambes, des cuisses, du diaphragme; altération de la face, selles involontaires, rien ne manque au tableau du choléra le plus effroyable.

Dès sept heures, nous nous sommes mis à le frictionner. Tous les médecins français et italiens sont là. Le champagne glacé est prodigué, les injections d'éther pratiquées. Tout, tout est mis en œuvre avec l'ardeur et la foi de ceux qui sont décidés à tout pour repousser la mort. La respiration est pénible mais, grâce aux frictions, la température ne baisse pas.

Vers midi, un peu de mieux: on sent le pouls à l'avant-bras. A deux heures, la respiration devient plus pénible, les selles sont toujours involontaires, le pouls a disparu. La respiration et la circulation ne sont entretenues que par les injections d'éther et le champagne; les traits sont tirés, mais l'expression n'est pas très cholérique.

Grâce à tout ce que nous avions de force et d'énergie, nous avons entretenu l'agonie jusqu'au mercredi matin 19, à sept heures. L'asphyxie, qui durait depuis vingt-quatre heures, était plus forte que nos soins. . . . .

La colonie française, le corps médical, ont été atterrés. Les manifestations les plus glorieuses pour notre pauvre Thuilliier ont été faites. . . . . . .

Un hommage précieux et touchant entre tous, a été rendu par la mission allemande avec une noblesse et une simplicité qui nous ont tous émus.

M. Koch et ses collaborateurs sont venus au moment où la nouvelle se répandait en ville. Ils ont trouvé les paroles les plus belles pour la mémoire de notre cher mort. Au moment de la levée du corps, ces messieurs ont apporté deux couronnes qu'eux mêmes ils ont clouées sur le cercueil. « Elles sont modestes, a dit M. Koch, mais elles sont de laurier; ce sont celles que l'on donne aux glorieux. »

M. Koch tenait un des coins du drap mortuaire. Nous avons embaumé notre camarade; il est couché dans un cercueil en zinc scellé. Les formalités ont été accomplies pour que ses restes puissent être rapportés en France lorsque les délais exigés par les réglements seront accomplis. . . . .
. . . .

De nous tous, Thuillier prenait le plus de précautions. Il était d'une minutie irréprochable. . . . . .

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Voici, la liste définitive des juges tirés au sort pour le concours de l'internat: MM. Siredey, Huchard, Descroizilles, Blumé J. Championnière, Schwarz, Maygrier.

— Nous avons les meilleures nouvelles de la santé de M. ROCHARD. L'auteur du crime est entre les mains de la justice: c'est un aliéné.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès d'un membre du *Concours Médical*, M. le Docteur PASTRIOT, à Montech (Tarn-et-Garonne).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

20 Octobre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — No 42

SOMMAIRE

BULLETIN

Depuis un certain temps déjà, MM. Giraud-Teulon et Marey ont engagé une sérieuse discussion sur un point de mécanique animale : le mécanisme de la course et du saut. Voici comment on peut résumer les opinions des deux savants. Pour M. *Giraud-Teulon*, quelles que soient l'étendue, la hauteur ou la durée de la séparation du corps et du sol, cette séparation constitue, à elle seule, une *projection*, grande ou petite, un mode limité, sans doute, mais très positif, de translation aérienne. — M. *Marey* soutient qu'on ne peut refuser à notre corps la propriété qu'il possède de se maintenir, pendant un instant, *suspendu* dans l'espace, sans soutien et par le seul jeu des muscles des jambes. Si l'on monte, dit-il, sur le plateau d'un dynamomètre et que l'on fléchisse brusquement les jambes, de façon à abaisser vivement le centre de gravité, et si, à ce moment, on examine les aiguilles du dynamomètre, on voit qu'elles remontent au zéro, ce qui prouve que le contact du corps et du sol a complètement cessé pendant un instant. La photographie montre également que cette séparation a lieu à ce moment. Il peut donc y avoir séparation du sol et du corps, sans qu'il y ait projection.

Les deux adversaires sont cependant d'accord sur un point : c'est que les données sont encore insuffisantes pour que l'on puisse résoudre le problème avec quelque certitude.

On sait qu'en Angleterre le *Compulsory Act* rend la vaccination obligatoire, avec sanction pénale en cas de refus. Un membre du Parlement, M. Taylor, a dernièrement attaqué cette loi devant la Chambre des Communes. Voici le résumé de ses arguments, on verra qu'ils ne sont pas très solides : La vaccination ne compte que des insuccès depuis son apparition ; le système n'est défendu que par quelques douzaines de fanatiques ! La loi a été votée par surprise ; avec l'expérience actuellement acquise, on ne trouverait plus personne pour la voter. On a trompé l'opinion publique : c'est ainsi que, dans les hôpitaux, quand un homme meurt de la variole, on inscrit sur sa pancarte : *non vacciné*, sans savoir s'il l'a été ou non. En réalité, la variole a augmenté depuis que la vaccination est obligatoire ; de plus, la vaccine a été la voie par laquelle un grand nombre de maladies ont souillé l'organisme et augmenté la mortalité générale.

Sir Lyon Playfair, le docteur Cameron et sir Charles Dilke, président du Local Gouvernement Board, ont fait à ces assertions des réponses péremptoires. La proposition de M. Taylor contre la vaccination obligatoire a été repoussée par 270 voix contre 16 ; et 286 voix ont, au contraire, accepté la résolution présentée par sir Lyon Playfair, laquelle était ainsi conçue :

« La Chambre, considérant que la pratique de la vaccination a diminué, dans une grande proportion, la mortalité par la variole ; que les lois relatives à cet objet pourront être modifiées suivant que l'expérience l'indiquera, mais qu'elles sont nécessaires pour prévenir et atténuer cette dangereuse maladie, passe à l'ordre du jour.

Les anti-vaccinateurs n'ont pas, comme bien on pense, été contents de ce résultat; ils se sont réunis en congrès à Berne d'où ils viennent de protester *énergiquement* contre la récente circulaire du Ministre de l'Instruction publique qui décrète la revaccination obligatoire pour les lycéens : « Ils dénoncent cette circulaire, comme une mesure inhumaine, rétrogade, anti-scientifique et autoritaire, à tous les peuples civilisés. »

Un peu moins d'épithètes et quelques faits constitueraient de meilleurs arguments; mais les anti-vaccinateurs ne peuvent donner que ce qu'ils ont.

M. le professeur *Jaccoud* quitte la chaire de pathologie interne pour prendre celle de clinique interne vacante par suite de décès du regretté professeur Lasègue. Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les Blessures et les Blessés.

Nous offrons aujonrd'hui à nos lecteurs une étude de Chirurgie générale qui sera le complément et la démonstration pratique d'idées que nous avons déjà énoncées dans nos articles sur les grandes blessures des membres, et sur la méthode antiseptique. Nous disions alors que, dans toute plaie accidentelle ou chirurgicale, il fallait tenir compte de trois facteurs: la *Blessure*, le *Blessé* et le *Milieu*. Nous avons montré combien ce Milieu était modifiable et heureusement modifié par les nouvelles méthodes de pansements. Nous allons maintenant étudier les deux autres facteurs du problème, et surtout le Blessé, en rappelant encore que nous avons, l'année dernière, essayé de montrer la différence qui existe entre ces deux termes : le *blessé simple* et le *blessé malade*.

Cette intéressante étude de l'influence des maladies sur la marche des blessures accidentelles ou chirurgicales est, comme nous le verrons, d'une haute importance clinique. Signalée depuis bien longtemps par les observateurs, cette vérité n'est arrivée à former le corps d'une doctrine que dans ces dernières années, sous la puissante impulsion de l'un de nos maîtres les plus vénérés, le Professeur Verneuil. Depuis le commencement de cette année, la tribune de la Société de Chirurgie a entendu les remarquables discours de ses meilleurs orateurs sur le sujet qui va nous occuper. Cette cause est tellement vraie que, partisans et adversaires en sont arrivés à partager les mêmes idées, quoique sous des termes et à des degrés un peu différents. L'étude que nous commençons aujourd'hui a pour but de mettre nos lecteurs au courant de ce que l'on a acquis jusqu'à ce jour. Elle sera, en quelque sorte, une longue revue des monographies, discours et discussions que cette difficile question de chirurgie a soulevées. On n'édifie une doctrine positive qu'avec des faits; ils sont nombreux déjà ceux que le Professeur Verneuil et ses élèves ont rassemblés ; mais, plus on apportera de pierres à l'édifice, plus il sera solide et élevé, plus ses bases seront inébranlables. Aussi nous nous permettrons de demander instamment à nos confrères de nous faire profiter des observations qui pourront s'offrir dans leur pratique; ils apporteront ainsi un utile appui à la vérité. Dans cette première partie du travail que nous nous sommes imposé, nous allons tracer l'historique et le plan de notre étude, afin de montrer l'ensemble des considérations générales sur lesquelles est basée la doctrine.

I. — Historique.

Quand on parcourt la littérature chirurgicale, depuis le commencement de ce siècle, on est frappé de l'évolution progressive qui s'est faite dans les idées et la pratique des chirurgiens. Dans une première période, c'était le règne des grands opérateurs, le temps auquel furent tracées les règles de la grande médecine opératoire. On opérait beaucoup, de la façon la plus hardie, par les procédés les plus variés, mais les illustres opérateurs étaient bientôt effrayés du nombre considérable des revers qui suivaient les interventions les mieux combinées. On chercha dans l'hygiène nosocomiale, le pansement des plaies, des modifications à apporter pour éviter les complications les plus habituelles.

La doctrine septicémique fit naître l'antisepsie; mais il ne suffit pas de prévenir et de combattre les complications septicémiques au moyen des antiseptiques les plus variés; il ne suffit pas de se répéter en présence des traumatismes. « Hors « l'asepsie point de salut, — avec l'asepsie plus « de dangers » (1). Il faut bien reconnaitre par l'évidence des faits que l'érysipèle, la lymphagite, même l'infection purulente peuvent se développer à l'occasion des plaies les plus simples et sous les pansements les plus orthodoxes. Il y a donc des causes de complications autres que celles qui viennent du milieu extérieur et qui doivent naître forcément de l'individu blessé lui-même. Ces réflexions firent changer le courant de la pratique chirurgicale et on arriva à étudier le blessé ou l'opéré plus complètement qu'on ne le faisait auparavant; on rechercha alors, non-seulement ce qui avait trait à son affection chirurgicale, mais aussi ses antécédents morbides, ses prédispositions héréditaires ou acquises; peu à peu, suivant l'heureuse expression du Professeur Verneuil, le chirurgien ne sera plus un pur opérateur mais plutôt « *un Médecin armé.* »

A la fin du siècle dernier, *Hunter* (2) donnait déjà de remarquables préceptes de prudence chirurgicale quand il disait : « Le chirurgien doit « toujours approcher avec contrainte et terreur « de la victime de son opération, et éviter de se

(1) Hunter. op. ommic. Trad. Ier. T. I. p. 238.

(2) Verneuil. Bulletin. soc. Chir. 1883. Séance du 14 février.

« laisser séduire par l'éclat populaire qui rejaillit « en général des opérations douloureuses; souvent « par cela seul qu'elles sont douloureuses ou bien « parce qu'elles sont une cause de grande dépense « pour le malade. »

Quelques années plus tard, *Dumas* prononçait une phrase qui contient un abrégé de la doctrine que nous étudions; nous ne pouvons mieux faire que de la rapporter textuellement: « Le chirur- « gien doit se rappeler que le résultat de ses « opérations dans chaque individu est subordonné « à l'influence des causes maladives qui le mena- « cent. Il doit tâcher d'assurer le succès des unes « en écartant et dissipant les autres, et ne recon- « naître de méthodes curatives avantageuses pour « les maladies externes, que celles qui s'accommo- « dent également aux affections les plus cachées « dont elles se compliquent (1). »

Delpech (2), de Montpellier, disait, en 1816, que « toute maladie chirurgicale était liée à un désordre général. »

Velpeau (1839) signale dans son Traité de médecine opératoire, comme contre-indications, les lésions du cœur, du foie, de l'estomac, des voies génito-urinaires. La même année, *Alquié* (3), énonçait ce fait: que les plaies et les blessures prennent souvent le caractère des affections morbides.

Chrestien (4), trois années plus tard, reproduit les mêmes idées, mais sans les appuyer sur des faits nombreux et convaincants.

Norman Chevers, 1845, signale l'issue fatale des blessures chez les cardiaques et les hépatiques.

Lucien Boyer, en 1847, appelle l'attention de nouveau sur l'étude des diathèses qui, sur une foule de points, dit-il, « mérite au plus haut degré, l'attention des chirurgiens » (5).

Quelques indications de même nature se trouvent dans la thèse de *Racle*, 1857, sur les diathèses. Elles y sont déjà plus précises: « Une « affection traumatique, dit-il, survenant dans le « cours d'une diathèse, est souvent influencée en « mal par celle-ci. Une plaie de cause externe « ou une contusion chez un syphilitique, un scro- « fuleux, guérissent mal, lentement, il y a ten- « dance à une longue suppuration, à l'ulcéra- « tion, etc... »

Tous les auteurs que nous venons de citer ont bien émis des généralités, ils ont bien perçu, tant à Montpellier qu'à Paris, le rapport qui existe entre les affections médicales et les complications qui se présentent dans la marche des lésions chirurgicales; mais ils n'ont pas cherché à former, avec les faits particuliers dont vit la pratique, un ensemble suffisant pour appuyer leurs théories.

Marchal de Calvi, 1867, signale encore les complications chirurgicales du diabète.

Une seconde période commence en 1867, lorsque le professeur Verneuil prononça au Congrès médical international de Paris le remarquable discours par lequel il attirait l'attention du monde chirurgical sur le sujet qui nous occupe (1). Ce discours a été le point de départ de très nombreux et intéressants travaux écrits sous l'inspiration de notre maître, travaux qui, depuis seize années, ont apporté un abondant contingent de faits à l'appui de la doctrine. Ils ont de plus servi à faire sortir de l'ombre les observations importantes publiées à propos d'autres sujets. Nous aurons l'occasion de citer toutes ces monographies dans le courant de notre étude. Mais, dès maintenant, nous pouvons dire que l'énergie avec laquelle M. Verneuil a soutenu ses opinions, a soulevé en France l'attention des observateurs consciencieux et que, peu à peu, le même courant d'idées semble se produire dès maintenant à l'étranger. Nous en trouvons la preuve dans le recueil des Cliniques chirurgicales de sir J. Paget (2) dans une leçon intitulée: « *The calamities of surgery.* »

II. — La Blessure et le Blessé.

Méditons quelques instants ces deux termes à un point de vue tout à fait général.

Les Blessures sont extrêmement variées quant à leur gravité intrinsèque, et il est rationnel d'admettre que plus le délabrement occasionné dans un point de l'organisme sera considérable, plus le pronostic de la blessure sera grave. Mais, en vertu des relations qui relient les fonctions diverses des appareils dont se compose le corps, plus la blessure est importante, plus elle retentit sur l'organisme. C'est ce retentissement auquel on a donné le nom de *Traumatisme*, mot qui a pour but d'exprimer une véritable entité morbide, susceptible de modifier profondément notre organisme, même sans que nous trouvions la raison de ces modifications dans la lésion d'un organe important (Verneuil). Cependant, il faut noter que le traumatisme contient des éléments divers; l'émotion morale ou retentissement sur le système nerveux; la perte de sang qui accompagne la blessure et qui est plus ou moins considérable; enfin, la réparation qui se fera au moyen d'une dépense variable d'éléments organiques. Chacun de ces actes (Trélat) se traduit par une perte, un affaiblissement imposés à l'économie. Or, celle-ci les supportera d'autant mieux que l'organisme du Blessé sera plus vigoureux, plus indemne de toute tare antérieure. On comprend donc facilement, *à priori* que, toutes choses égales d'ailleurs, le retentissement d'une blessure sur un orga-

(1) Dumas, in Mém. de la Société médicale d'émulation de Paris, 4e année, an VIII.

(2) Delpech. — Des maladies réputées chirurgicales. p. X. Montpellier, 1816.

(3) Alquié. — Influence des constitutions, des tempéraments et des diathèses sur le caractère et le traitement des affections chirurgicales. Th. Agrégation, Montpellier, 1839, p. 13.

(4) Chrestien. Des maladies chirurgicales endémiques. Th. Agrégation, Montpellier, 1842.

(5) Lucien Boyer. — Des diathèses au point de vue chirurgical. Th. Agrégation de chir. Paris, 1847.

(1) Verneuil. — De l'influence des états diathésiques sur le résultat des opérations chirurgicales. Congrès médical international de Paris, août 1867, p. 287.

(2) *Sic. J. Paget.* — Leçons de clinique chirurgicale. Traduction française, p. 174.

nisme sain (un blessé simple) sera simple, c'est-à-dire qu'il n'entraînera aucune modification viscérale importante. Au contraire, un organisme malade depuis un temps variable, subira un retentissement d'autant plus désastreux qu'il sera plus affaibli ; le blessé sera alors un *blessé malade*. Le traumatisme ne produira pas de toutes pièces les complications viscérales dépendant d'une diathèse, mais, à l'occasion du retentissement traumatique, tel ou tel viscère, tel ou tel système organique, déjà malade d'une façon latente, deviendra le siège d'une complication. Et, en cas de lésions viscérales préexistantes, mais latentes ou assoupies, la surexcitation générale, provoquée dans l'économie par le traumatisme, portera spécialement son action sur le point taré, sur le lieu de moindre résistance (Verneuil).

Le Blessé malade, ou si l'on préfère un terme plus étendu, le *blessé compliqué*, doit donc être un sujet constant d'étude pour le chirurgien qui a souci de la vie de ses malades, et pour qui la salle d'amphithéâtre n'est pas un lieu de pure expérience. Or, un grand nombre d'états (terme plus général que maladies) peuvent occuper le blessé et imprimer une marche spéciale à la blessure. Le plus grand nombre rentre dans le groupe des *maladies constitutionnelles*, qu'on ne saurait même définir que par l'ancienne dénomination : *morbus totius substantiæ* ; pampathies (*paspathos*) du professeur Verneuil.

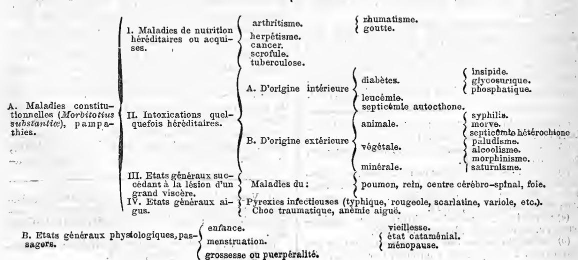
Elles affectent tous les solides de l'organisme d'une façon certaine, mais non toujours tangible; elles altèrent suivant leur nature, ceux-ci plus que ceux-là ; modifient telle humeur ou ravagent tel ou tel système pour envahir bientôt l'économie tout entière à un moment donné. Ces maladies constitutionnelles forment trois grandes classes. Dans une première, on est convenu de ranger certaines maladies de *la nutrition*, souvent d'origine héréditaire, mais aussi pouvant s'acquérir de diverses façons. Telles sont l'arthritisme, le cancer, la scrofule, la tuberculose. La seconde catégorie comprend des états généraux produits par l'absorption d'un virus, d'un poison animal, végétal ou minéral, ou encore par la présence, dans le sang, de produits anormaux venus de l'organisme lui-même. On peut désigner cette classe par le terme : Intoxications et alors on les divisera en trois catégories. Les unes proviendront de l'intérieur même de l'organisme modifié dans la production des éléments de ses tissus ou de ses humeurs. Telles sont les diabètes, la leucémie, la septicémie autogène. Les autres, d'origine extérieure, se divisent elles-mêmes en deux classes; la première est constituée par les maladies qui proviennent de l'absorption de poisons animaux ou végétaux : syphilis, morve, septicémie hétérochtone, paludisme. La dernière comprend les empoisonnements minéraux par l'usage prolongé de l'alcool, du mercure, du plomb, de la morphine.

La troisième classe des états généraux comprend ceux qui succèdent plus ou moins vite à la lésion permanente d'un grand viscère, tel que le poumon, le foie, le rein, l'axe cérébro-spinal. On est obligé, pour plus de clarté, d'adopter cette multiple division des faits, mais il est bon de faire remarquer que, bien souvent, les lésions viscérales dépendront d'une diathèse, ou d'une intoxication; ainsi le foie pourra être malade du fait du cancer, de l'alcoolisme, ou de la syphilis. De plus, plusieurs états généraux pourront se trouver réunis sur le même sujet et constituer ainsi des *hybridités morbides* d'un diagnostic parfois des plus difficiles, et pouvant réagir sur le traumatisme de façons multiples.

Pour être complet, il est utile d'ajouter une classe formée par les états généraux aigus, constitués par les pyrexies de diverses nature; l'anémie aiguë, le choc traumatique, faits bien disparates, à première vue, mais qui se placent les uns à côté des autres par leur caractère d'acuité et leur marche rapide.

Enfin, il est des états physiologiques passagers qui impriment à la marche des blessures des caractères importants et qui les supportent plus ou moins bien. Telles sont l'enfance et la vieillesse, la menstruation, la grossesse.

Afin de mieux graver cette longue classification dans l'esprit de nos lecteurs, nous leur présenterons un tableau synoptique qui contiendra tous les cas dont nous aurons à parler dans le cours de cette revue.



A. Maladies constitutionnelles (*Morbitotius substantiæ*), pampathies.	I. Maladies de nutrition héréditaires ou acquises.	arthritisme.	rhumatisme.	
			goutte.	
		herpétisme.		
		cancer.		
		scrofule.		
		tuberculose.		
	II. Intoxications quelquefois héréditaires.	A. D'origine intérieure	diabètes.	insipide.
				glycosurique.
				phosphatique.
			leucémie.	
			septicémie autocthone.	
		B. D'origine extérieure	animale.	syphilis.
				morve.
				septicémie hétérochtone
			végétale.	paludisme.
			minérale.	alcoolisme.
				morphinisme.
				saturnisme.
	III. Etats généraux succédant à la lésion d'un grand viscère.	Maladies du :	poumon, rein, centre cérébro-spinal, foie.	
	IV. Etats généraux aigus.	Pyrexies infectieuses (typhique, rougeole, scarlatine, variole, etc.).		
		Choc traumatique, anémie aiguë.		
B. Etats généraux physiologiques, passagers.	enfance.			
		vieillesse.		
	menstruation.	état cataménial.		
		ménopause.		
	grossesse ou puerpéralité.			

Le chirurgien aura donc à rechercher chez tous les malades, aussi bien chez ceux qu'une blessure accidentelle aura soumis à ses soins, que ceux à l'égard desquels il devra exercer une manœuvre opératoire, s'il existe un de ces états généraux; par cet examen, il arrivera à de précieuses dédutions sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Mais les blessés malades pourront se présenter à diverses périodes de leurs maladies générales, et il ne sera pas toujours facile de distinguer le degré qu'ils auront atteint. De plus, il est facile de comprendre que l'état général sera influencé par la blessure ou retentira sur elle d'une façon d'autant plus perfide qu'il sera plus avancé, qu'il aura envahi plus complètement l'organisme. Aussi doit-on distinguer aux états généraux trois périodes : la période de *dyscrasie*, celle des *lésions périphériques* et celle des *altérations viscérales*.

On entend par *Dyscrasie* dans les maladies générales, la période souvent fort longue, ordinairement latente, qui est caractérisée par des altérations des humeurs, qui échappent encore, pour un grand nombre, à nos procédés d'analyse histologique ou chimique. Souvent, cependant, le clinicien expérimenté reconnaît la maladie constitutionnelle à certains signes fugaces donnés par un examen minutieux du malade et de ses antécédents. Durant cette période, les blessures et les opérations sont ordinairement bien supportées.

A un état plus avancé, les maladies constitutionnelles se manifestent par des lésions légères, passagères souvent, pouvant guérir ou laisser dans les organes des traces de leur passage; on pourrait appeler cette période celle des *Lésions périphériques* ou des lésions légères. Telles sont les attaques de rhumatisme aigu; les tubercules du testicule, de la langue, etc.; le cancer du sein au début, une attaque de goutte. Déjà l'état du patient doit être jugé plus dangereux, car les parties atteintes par les manifestations morbides conservent plus ou moins des traces de leur passage, il reste des altérations anatomiques qui forment des *partes minoris resistentiæ*; qu'une blessure atteigne ces parties, qu'un traumatisme important vienne tout à coup affaiblir le sujet porteur de ces tares, et on verra survenir des phénomènes dépendant tous de la lésion antérieure qu'on a, dans ce cas, désignée par le terme de *Propathie*.

La troisième période, de beaucoup la plus dangereuse au point de vue chirurgical, est celle où la maladie constitutionnelle, minant l'organisme de plus en plus, attaque les grands viscères. Cette période des lésions viscérales est doublement dangereuse, et par l'affaiblissement général et par la lésion d'un ou de plusieurs grands viscères qui aggravent encore cet état. Les lésions viscérales sont de deux classes; les unes se font par les processus vulgaires de l'inflammation et aboutissent aux scléroses dont l'élément conjonctif finit par amoindrir les éléments nobles des viscères aux fonctions desquels ils portent ainsi une grave atteinte. D'autres lésions viscérales, beaucoup plus graves sont celles qui sont produites par le dépôt dans les organes viscéraux, de tissus néoplasiques, comme le tubercule, la gomme, les diverses variétés de cancers. L'influence des blessures sur le fonctionnement de ces viscères minés par une longue maladie est fatalement mauvaise. Les opérations pratiquées dans ces circonstances sont presque fatalement vouées à l'insuccès; le pronostic, dans ces cas, est d'autant plus sombre que l'on a moins de moyens d'action pour combattre le mal. BARETTE

(*A suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Le *Journal officiel* a publié dernièrement un rapport adressé par le ministre de la guerre au président de la République et un décret relatifs aux Ecoles préparatoires et à l'Ecole d'application du service de santé militaire: nous en empruntons l'analyse au *Temps*.

Le décret, qui est rendu sur les conclusions conformes du ministre, comporte des modifications assez importantes de la règlementation actuelle, modifications que nous allons faire connaître.

De 1856 jusqu'à 1870, les élèves du service de santé militaire étaient réunis à Strasbourg dans un établissement unique auprès de la Faculté de médecine et de l'Ecole de pharmacie de cette ville, qui étaient chargées de leur dispenser une instruction solide et de leur conférer le diplôme universitaire de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe. L'école n'était qu'un internat. Les élèves y vivaient en commun, y prenaient leurs repas, étaient soumis à une discipline militaire, conduits et surveillés aux cours de la Faculté ; des répétiteurs les dirigaient dans leurs travaux et les interrogeaient sur les matières de l'enseignement, de telle sorte qu'après quatre ans et quelques mois ces jeunes gens, munis du diplôme professionnel, passaient à l'Ecole du Val-de-Grâce, à Paris, qui a pour mission de diriger les études complémentaires et les applications afférentes à l'exercice spécial de l'art dans l'armée.

Après la guerre de 1870 et la perte de Strasbourg, l'administration de la guerre ne crut pas devoir transférer l'école dans une autre ville de province, comme le fut à Fontainebleau l'école d'artillerie de Metz; elle prit d'autres dispositions pour assurer, au moins d'une manière provisoire, le recrutement du corps de santé militaire.

Ces dispositions consistent principalement dans la répartition, suivant leur convenance et à leur choix, des élèves militaires commissionnés, entre onze villes principales, y compris Paris, qui possèdent à la fois une Faculté de médecine ou un

école de plein exercice, et un hôpital civil militarisé. Placés sous les ordres et la surveillance des médecins chefs de ces établissements, ces élèves achèvent leurs études près des Facultés ou des écoles supérieures de pharmacie, dans les mêmes conditions que les autres étudiants civils, et y subissent les examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Lorsqu'ils sont en possession du diplômé de docteur ou de pharmacien de 1re classe, il subissent un examen d'aptitude qui détermine leur passage à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, d'où ils sortent avec le grade d'aide-major de 2e classe, après avoir satisfait aux examens d'un stage de huit mois au moins.

Ce système a permis de créer les ressources nécessaires pour combler les vides qui se sont faits annuellement dans le cadre du corps de santé. Mais aujourd'hui, le ministre de la guerre fait observer dans son rapport qu'une expérience de dix années a démontré qu'il ne pourrait fournir un contingent régulier et suffisant pour répondre à tous les besoins du service, depuis surtout que la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée a élevé le personnel de santé de 1,316 à 1,485 médecins et pharmaciens.

En effet, si d'un côté on remédie en partie aux défauts de l'école de Strasbourg, en obtenant, par la répartition des élèves en plusieurs centres médicaux, la multiplication des ressources et moyens d'instruction qu'une Faculté unique, excepté celle de Paris, ne saurait donner; de l'autre, dans les conditions où se trouvent actuellement les élèves, leur travail n'est pas suffisamment favorisé et contrôlé, comme il l'était à Strasbourg, par des interrogations et des conférences ; la plupart mettent plus de lenteur à subir les examens probatoires, et leur vie commune avec les étudiants civils développe en eux la tendance à renoncer de bonne heure à la carrière militaire. De là de nombreuses démissions qui se traduisent en une diminution de l'effectif de chaque promotion annuelle, et, par suite, de celui du cadre, pour lequel les prévisions d'un recrutement normal ne peuvent plus être établies.

Le ministre estime donc qu'il est urgent d'apporter au système en vigueur une modification essentielle : l'internement des élèves. Mais, afin de ne pas créer au Trésor une charge trop onéreuse, et pour remédier à l'inconvénient principal que l'on a reconnu dans l'établissement d'une école unique, la concentration d'un nombre trop considérable d'élèves dans un seul centre d'instruction, le ministre juge plus avantageux d'instituer deux écoles, dans des villes de province situées dans des régions différentes de l'intérieur, et qui, possédant à la fois une Faculté de médecine et un hôpital militaire, se sont engagées à fournir les locaux du casernement des élèves. Les deux villes choisies pour être le siège de ces écoles sont Nancy et Bordeaux.

Ces écoles, établies ainsi à la portée de la généralité des élèves et de leurs familles seront en quelque sorte annexées aux hôpitaux militaires, et leur personnel sera employé en même temps pour le service hospitalier, pour la direction de l'instruction et pour la surveillance disciplinaire des élèves. Elles auront pour but de développer en eux le même esprit de corps ; seulement, pour atténuer en partie les effets du régime d'un internat trop prolongé, les élèves, à partir de la quatorzième inscription jusqu'à leur réception au doctorat en médecine, ne seront plus assujettis à un casernement aussi étroit : ils jouiront d'une liberté relative, en tant qu'elle est compatible avec les nécessités de la discipline.

En outre, le décret qui prescrit cette création de deux écoles nouvelles apporte des modifications importantes à l'organisation intérieure des écoles, pour lesquelles le régime militaire est adopté. Tous les élèves sont tenus de s'engager; une certaine instruction militaire figure dans le programme des connaissances à acquérir ; enfin, les élèves sont soumis à toutes les règles de la discipline militaire.

L'Ecole d'application du Val-de-Grâce reste ce qu'elle était en principe. Elle reçoit cependant quelques légères modifications. La première consiste à assimiler les stagiaires provenant des écoles préparatoires aux officiers élèves des autres écoles d'application, en leur donnant le grade d'aide-major de 2e classe au moment de leur admission.

Une seconde modification consiste à rattacher l'enseignement de l'administration et de la législation militaire à la chaire d'hygiène et de médecine légale.

Enfin la durée du professorat est limitée à dix ans, afin de déterminer, dans le corps de santé militaire, un courant de travail et de ne pas laisser une chaire occupée trop longtemps par le même professeur qui s'y spécialise, et, dans une certaine mesure, s'éloigne un peu du corps de santé lui-même.

II

EXERCICE ILLÉGAL.

Nous avons lu avec intérêt l'article « DÉNONCIATION » du *Rappel* du 12 octobre. Il nous prouve que des hommes très distingués peuvent être dupes de grossières apparences. Un nommé Leleu étudiant en médecine, vient d'être condamné à quinze jours de prison pour exercice illégal de la médecine et port non moins illégal de décoration; un des rédacteurs du *Rappel* critique le jugement, en citant, en faveur du condamné, des témoignages de malades guéris. Tous ceux qui font de la médecine savent combien il est facile, avec un peu d'adresse et très peu de conscience, d'avoir là, tous prêts, des témoins convaincus, déclarant qu'ils vous doivent la vie. Sans parler des simples indispositions, qui guérissent presque toutes seules, et qu'un homme habile sait faire passer pour des maladies graves, il est toute une classe de malades chez lesquels les miracles se font avec la plus grande aisance. Les charlatans de profession ne sont pas seuls à le savoir; les personnes pieuses qui font de la médecine *par*

pure charité, ne dédaignent pas ces petits moyens. Aussi, sommes-nous étonnés de voir M. Montargis appuyer là-dessus son argumentation. Le désintéressement intéressé des guérisseurs est aussi une ficelle du métier. Il sert à enfoncer la conviction dans l'esprit des victimes ; les gens éblouis proclament celui qui joue de cette corde un grand homme et généreux, ce qui ne gâte rien. Presque toujours le grand homme s'est rattrapé avec d'autres, où se rattrapera. Les vrais médecins honnêtes, et il y en a, soignent leurs malades avec conscience, et suivent les règles qu'ils ont apprises ; ils les guérissent aussi quelquefois, mais plus modestement ; le public intelligent sait le reconnaître. Dire que les médecins diplômés ont seuls le droit de tuer les malades, est un simple jeu de l'esprit, un peu ancien déjà. Autant dire que les normaliens, qui, eux aussi, ont reçu l'estampille de l'Etat, ont seuls le droit de former des ânes.

Parler de M. Pasteur à propos de ce procès, ne peut être flatteur que pour M. Leleu ; si le grand savant, qui n'avait ici que faire, n'est pas médecin, c'est qu'il ne veut pas l'être. Nous ne croyons pas beaucoup nous avancer, en disant qu'il n'en est pas de même du protégé de M. Montargis, et qu'il a sans doute des raisons particulières pour ne pas affronter les examens. Enfin, est-ce à dessein ? M. Montargis ne parle pas, dans son spirituel article, du port illégal de décoration. Les confrères auprès desquels l'opinion de M. Leleu fait autorité, s'ils existent, nous paraissent avoir été victimes d'une grave mystification : la seule façon de nous mettre tous à l'abri d'un danger du même genre, est de faire exécuter strictement la loi. Dr F.

III

MÉDECINS ET PHARMACIENS.

Mon cher confrère,

Le *Concours* s'est bien souvent occupé de l'exercice de la médecine par les pharmaciens ; un fait qui vient de se passer, (et ce n'est pas la première fois) attire mon attention sur cette question, et je prends la liberté de vous soumettre les réflexions qn'il m'inspire.

Appelé le 21 courant dans une famille, pour constater le décès d'une fillette que n'avait soignée aucun médecin, j'ai voulu tirer l'affaire au clair. C'est toujours la vieille histoire : enfant de trois mois et demi, émaciée, atteinte depuis longtemps du « carreau » me dit-on, (c'est ainsi que l'on désigne chez nous l'entérite chronique et même aiguë des enfants) ; conseillée par ses voisins, la mère fit *toucher* l'enfant par une commère en renom qui, n'en sortant pas, recommanda de prendre chez le pharmacien une potion contre le carreau. On me montra en effet une fiole avec *étiquette imprimée portant ces mots : « potion contre le carreau », avec la manière de s'en servir.* C'était la première fois que j'en voyais ici. Je crus devoir adresser quelques observations au pharmacien ; je n'avais d'abord en vue que l'exercice illégal de la médecine ; mais la conversation que j'eus avec lui me fit envisager la question sous un jour différent.

Il me répondit d'abord naïvement que la potion était dans le codex (vin de malaga, sirop de chicorée, etc.) ; il convint cependant avec moi que cette étiquette imprimée devait faire croire aux parents qu'il n'y avait qu'à donner cela contre cette maladie qui enlève tant d'enfants, et que la conséquence devait être souvent ou la mort de l'enfant, sans aucun soin, comme dans le cas actuel, ou l'appel du médecin à la dernière heure, « de crainte, m'a-t-on dit bien des fois, qu'il n'arrive un malheur et que cela n'amène des difficultés. »

« Bien souvent, lui dis-je, nous autres qui passons notre vie à voir des malades, nous sommes embarrassés, et vous qui avez vu votre patron écrire ceci ou cela, parce que, étant élève, il a entendu son patron en faire autant ; vous qui n'avez jamais examiné un malade, jamais ouvert un livre de médecine, vous donnez sans hésiter la « potion contre le *carreau* » à la mère qui vient vous dire que son enfant a le carreau, comme s'il y avait une fiole pour chaque maladie ! » Sur cette question nous ne pûmes nous entendre.

Quand nous perdons un de nos malades, nous faisons notre examen de conscience, nous nous demandons ce que nous aurions dû faire ; il nous est peut-être arrivé à tous de nous dire : Ah ! si c'était à recommencer ! Cette idée nous préoccupe, nous poursuit, et, quand un cas analogue se présente, elle nous revient aussitôt à l'esprit, et nous en tirons profit. Nous comprenons combien est souvent grande notre responsabilité.

En est-il de même du pharmacien ? Je crois que non ; ce n'est, le plus souvent, qu'un marchand qui vend ses drogues, se gardant seulement de se tromper de poids ou de fiole pour ne pas empoisonner ses clients. Quant à l'empoisonnemen lent, quant à la transformation d'une maladie bénigne en maladie mortelle, quant à la mort d'un enfant à qui on a donné, vendu, veux-je dire, des « potions contre le carreau », au lieu de dire à la mère d'aller au plus vite chercher un médecin, il est évident pour moi qu'il y a là des considérations qui devraient entrer dans l'esprit de la plupart des pharmaciens. Ce n'est pas ce qui ressort de la conversation que j'ai eue avec le mien. Ces préjugés sont bons pour les médecins !

Veuillez agréer, etc. Dr Lemaire,
(du Tréport).

REVUE CLINIQUE

CAS REMARQUABLE DE DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS.

La préfecture de police vient de remettre aux

mains des médecins l'auteur probable de l'attentat commis, le 26 septembre dernier, sur notre éminent confrère le Dr Rochard.

Nous extrayons d'une note communiquée à la *Gazette des hôpitaux*, par M. Legrand du Saulle, l'histoire de ce malheureux aliéné : c'est un chapitre instructif de médecine légale.

Jean Chabert né en 1839, est enfant naturel; il a très peu connu sa mère et se refuse à entrer dans tous les détails biographiques qui pourraient se rapporter à son enfance et à son adolescence. Il est de petite taille, mince et triste; il porte une moustache noire, une barbe rase et d'assez grands cheveux grisonnants. Son œil est brillant, humide et farouche. Son aspect général rappelle bien plus le malfaiteur que l'aliéné.

Chabert, resté célibataire, a été successivement maçon, cordonnier, tourneur, ajusteur. Il a travaillé au Havre, est resté trois ans en Egypte et a gagné jusqu'à 11 francs par jour. Un peu adonné à la boisson, il était peu communicatif, morose, inquiet, perplexe.

En 1878, il se croit empoisonné et entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brouardel. « J'avais, dit-il, le ventre ballonné; on m'avait fait prendre quelque breuvage. »

Vers cette époque, il commence à en vouloir violemment à un maître d'hôtel, qu'il accuse avec passion et auquel il reproche, avec une rare amertume, d'avoir gardé sa malle depuis quatre ou cinq ans.

Bientôt il se croit victime d'un guet-apens : on l'a suivi dans la rue avec des intentions vraiment criminelles. Il insulte alors des agents et est condamné à six jours de prison.

On commence à s'acharner contre lui, et on lui vole, dans sa malle, son engagement pour Suez.

Un phénomène grave apparaît : on lui fait entendre clair, on lui souffle dans les oreilles, et des individus invisibles commencent à l'instrumenter avec de petites machines. Il change de chambre trois ou quatre fois de suite, parce qu'on se livrait sur son compte à des *commérages* qui le faisaient renvoyer de l'atelier.

Sur une route, un individu a voulu un jour l'assassiner avec un revolver. Du reste, on ne le laisse pas tranquille, et il y a des gens qui se déguisent, mettent des manteaux de charretier, pour l'espionner mieux à leur aise et le torturer physiquement et moralement : On lui fait toutes les misères imaginables.

Une voix lui dit : « Jette-toi par la fenêtre, cela sera fini, tu n'auras plus d'ennemis. » Me tuer, moi, répond-il, avant d'avoir fait tomber les masques, jamais !

Le 1er septembre 1879, à l'infirmerie spéciale des aliénés, il est longuement interrogé, puis dirigé sur l'asile Sainte-Anne et ensuite sur l'hospice de Bicêtre. Sous l'influence du traitement et surtout de la sobriété, — car il ne faut pas perdre de vue que l'alcoolisme apporte ici son appoint, — Chabert s'est grandement amélioré. Au bout de plusieurs mois, il a pu être rendu à la liberté.

En reprenant sa vie d'atelier, il reprend aussi toutes ses habitudes anciennes, sans en excepter le large usage du vin. Peu à peu, les mauvais procédés de la part d'autrui se reproduisent, et Chabert, s'assimilant tacitement les vexations et les provocations de ses implacables ennemis, rentre plus que jamais dans la voie des interprétations délirantes, des préoccupations hypocondriaques, des troubles de la sensibilité générale et des obsessions hallucinatoires auditives. Une voix lui dit, par exemple : « Achète un couteau, » et aussitôt il obéit et achète un couteau à virole.

Persuadé que l'on en veut à sa vie, il sent le besoin d'être protégé et se place sous l'égide de M. L..., député, qu'il a un peu connu dans les réunions. M. L... s'empresse d'écrire au préfet de police, et lui dit qu'il croit Chabert complètement fou.

Le 1er décembre 1880, après un examen médico-légal des plus minutieux, je note toutes les particularités cliniques les plus saillantes et les plus graves que présente l'état mental de ce dangereux malade, et j'ajoute ce détail : « Projet d'assassiner un sergent de ville. »

Chabert reprend d'abord le chemin de l'asile Sainte-Anne, puis il est placé à l'asile de Ville-Evrard. Tous les médecins qui l'ont vu et examiné se sont servis des mêmes termes dans leurs certificats. Aucune divergence d'opinions ne s'est produite. Au mois d'avril 1882, il s'échappe par une fenêtre de l'établissement, et rentre à Paris.

Evidemment très amélioré encore, à ce moment, l'évadé de Ville-Evrard trouve de l'ouvrage, travaille, se conduit bien, n'appelle pas sur lui l'attention et en impose par son calme, sa tenue et la régularité de sa vie, jusqu'au 25 septembre 1883. Chabert, redevenu intempérant, hypocondriaque, persécuté, halluciné de l'ouïe, toxicophobe, exalté et désespéré, a quitté les ateliers, épuisé ses ressources, et il erre dans Paris à l'aventure, sans savoir où il va, sans se douter de ce qu'il fera tout à l'heure. Il ne mange pas, n'a point de pain, et se livre aux réflexions les plus haineuses contre les misérables qui le réduisent ainsi à la mort la plus atroce, à la mort par inanition! Cependant, il rentre encore chez lui, se couche, et ne peut goûter un seul instant de sommeil.

Le 29 septembre, il se lève à quatre ou cinq heures du soir et sort, après avoir mis, selon sa coutume, son revolver dans sa poche. N'ayant pas pris d'aliments depuis quatre jours, il est faible, abattu presque chancelant. « J'avais dit-il, la tête électrisée et *tourbillonnante*; je marchais sans savoir au juste où je me trouvais, et mes voix me disaient plus que jamais : *Tue-toi*! Mais pourquoi donc me serais-je tué? C'est le coupable qui se tue, moi je suis une victime. Pourquoi laisserais-je à mes persécuteurs la joie de mon suicide?.... Et puis, j'ai entendu ceci: *Tu ne veux pas te tuer, eh bien, tue-le!* A ce moment, il pleuvait à verse, il pouvait bien être sept heures du soir, j'étais au coin d'une rue, près de la place de la Concorde; j'ai saisi mon revolver et j'ai tiré deux coups sur un monsieur qui passait et qui s'abritait sous un parapluie. J'ai dû l'attraper dans le dos, sous son parapluie. »

Chabert, plus surpris que satisfait de l'attentat qu'il vient de commettre, regarde autour de lui, remet lentement son revolver dans sa poche, traverse la place de la Concorde et rentre chez lui. Il se couche, ne se lève pas le lendemain, sort le surlendemain, *mourant littéralement de faim*, vend son revolver quatre francs, s'alimente un peu, achète un journal et apprend le nom du blessé. Il écrit alors à sa victime une lettre qu'il ne signe pas, mais dans laquelle il accuse du crime le maître d'hôtel dont il déclare avoir eu tant à se plaindre et qui détient illégalement sa malle depuis quatre ou cinq ans.

L'assassin vulgaire se rend d'ordinaire à la Morgue, y regarde les corps exposés, écoute tout ce qui se dit autour de ces exhibitions dramatiques et fait son profit des impressions parfois très justes de la foule. L'aliéné évadé a un autre objectif : il vient rôder autour de l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture. Chabert ne s'est pas soustrait à cette démarche en quelque sorte instinctive, et il est venu demander à dîner et à coucher; on le refuse et on lui dit qu'il avait préalablement à se nantir d'un ordre d'envoi de l'un des commissaires de police de la ville de Paris. Il se l'est tenu pour dit, est allé se dénoncer à M. Cazeneuve, chargé de l'instruction du crime de l'avenue Gabriel, et ce magistrat l'a presque immédiatement amené lui-même.

A l'infirmerie spéciale, les 6 et 7 octobre, je retrouve chez Chabert tous les grands signes cliniques antérieurement constatés. Je note toutefois, en plus, des hallucinations presque constantes de l'odorat. « Depuis quelques mois, me dit-il, je couche la fenêtre ouverte: on m'asphyxie avec des odeurs qui montent tout de suite à la tête. » Je m'efforce en vain de lui faire exprimer une parole de regret, de repentir ; mais je ne rencontre que l'aliéné indifférent, sec, égoïste et convaincu de son impeccabilité: « C'est le maître d'hôtel qui, avec ses vilenies, a tout fait. Moi, il faut que l'on me dédommage. »

Chabert est bien le type clinique du malade inflexible et irréconciliable qui, trompé par ses faux raisonnements, ses interprétations erronées et ses sens troublés, défère aux suggestions quasi logiques de son délire et aux impulsions les plus inattendues et les plus dommageables ! L'appoint alcoolique ne fait qu'accentuer davantage certains tons de la gamme vésanique.

D'après l'information et d'après tout ce qui précède, Chabert est très probablement l'auteur de ce déplorable attentat, mais enfin nul ne l'a vu. Sans doute l'évadé de Ville-Évrard n'est pas dans l'une de ces situations intellectuelles bizarres qui comportent l'aveu d'un crime imaginaire, et tout concourt, au contraire, à démontrer la réalité de sa fâcheuse action, une réserve s'impose cependant : les témoins manquent.

COURRIER

Suppuration des cellules mastoïdiennes, trépanation, guérison.

Ces temps derniers j'ai eu occasion de faire une opération sur l'utilité de laquelle on n'a pas été toujours absolument d'accord, si je m'en rapporte à l'article publié par M. G. Poinsot, dans le dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Il s'agit de la trépanation de l'apophyse mastoïde. Je vous adresse cette observation, puisqu'il s'agit d'un cas qu'on ne rencontre pas dans la pratique journalière de la chirurgie, je dois du moins le croire, puisque, dans l'article précité, l'auteur énumère toutes les opérations de ce genre, qui ont été publiées dans les divers pays et qu'il n'arrive qu'au chiffre de 98, jusqu'en 1875.

Peut-être, depuis 1875, cette opération se fait-elle journellement ; en tout cas, voici mon observation.

Le 9 juin, je fus consulté par une femme d'une quarantaine d'années, de bonne constitution, n'ayant jamais eu de maladie constitutionnelle ou autre, et mère de quatre enfants bien portants. Depuis près de deux mois, elle souffre de l'oreille gauche, et de toutes les parties voisines, surtout en arrière. Elle ne peut, dit-elle, ni dormir, ni manger et, la nuit, elle aurait de la fièvre : c'est une douleur sourde, profonde, avec redoublement d'intensité : à l'examen des parties douloureuses, je ne constate qu'un peu de gonflement du conduit auditif mais sans rougeur : cinq sangsues sur l'apophyse mastoïde ; baume tranquille et injections émollientes tièdes ; cataplasme sur les parties douloureuses.

Je revois la malade une huitaine de jours après. Pendant un ou deux jours, les sangsues ont amené une amélioration; mais, depuis, la douleur est redevenue aussi forte, elle n'est diminuée que par les cataplasmes très chauds et pendant que dure cette chaleur: continuer les cataplasmes; instillation d'une solution d'atropine dans le conduit auditif.

Le 24 avril, je revois la malade pour la troisième fois. Elle souffre atrocement, elle *devient folle*. Son aspect est lamentable et on le conçoit facilement, puisque, depuis près de trois mois, elle souffre presque continuellement. Cette fois je constate un peu de rougeur de la région mastoïdienne, et il me paraît qu'il y a également un peu d'œdème de la peau. Le pouls est fébrile.

Il y a eu, il y a quatre jours, un petit suintement purulent par le conduit auditif, suintement qui a paru amener un soulagement momentané. Ma malheureuse patiente me supplie de lui faire quelque chose, serait-ce *la tuer*, pour l'empêcher de souffrir.

Mon diagnostic étant : suppuration des cellules mastoïdiennes, malgré la statistique peu rassurante des résultats de cette opération : 17 0/0 de

morts, je me décide à la trépaner le lendemain matin. — Du reste la statistique de Buck, 34 morts sur 37 cas, où l'inflammation fut abandonnée aux seules forces de la nature, et enfin les souffrances de la malade m'en faisaient un devoir.

Anesthésie chloroformique. Incision cruciale sur la saillie mastoïdienne, un peu au-dessous du niveau du conduit auditif, puis perforation avec le foret d'un trépan ordinaire. Dès que la pointe de l'instrument a pénétré dans les cellules mastoïdiennes, il est sorti du pus blanc, très épais. J'ai agrandi l'ouverture faite à l'os, que j'ai trouvé excessivement résistant. Le pansement a consisté en une mèche de charpie imbibée de coaltar saponiné, allant jusque dans le foyer purulent; un plumasseau de charpie également imbibé de coaltar; le tout recouvert d'un morceau de makintosch.

Les suites de l'opération ont été on ne peut plus heureuses: disparition complète de la douleur, pas de fièvre, aucun accident.

Quinze jours après, la cicatrisation était presque complète; un mois après, tout était absolument guéri; guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

Dr Rousseau,

(*de Pont-l'Abbé, Finistère*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ITALIENS

L'odeur du corps humain dans certaines maladies du système nerveux. — On sait que le corps est doué d'une odeur spéciale à chaque individu, comme le peuvent être sa physionomie, son caractère; et le chien reconnaît aisément l'odeur exhalée par le corps de son maître. Mais, indépendamment de ce phénomène normal, il se produit, sous l'influence des troubles de l'innervation, des effluves très appréciables. *L'odeur de sainteté*, n'est pas une simple forme de rhétorique, mais l'expression d'un fait positif, la manifestation d'une névrose véritable; et les saints qui ont passé pour répandre autour d'eux des émanations agréables, semblent à l'auteur du travail que je résume, au professeur Hammond, des malades offrant ce symptôme particulier, au moment où son état morbide était à son paroxysme, au moment de leur extase névropathique. Le professeur Hammond cite quatre cas de malades observées par lui, une hystérique, une irascible, une choréique et une femme hypochondriaque, lesquelles, au moment où leur système nerveux entrait en excitation, ont produit des sueurs ayant l'odeur du pin ou de violette.

Le professeur Hammond explique ce phénomène par la présence dans la sueur, de l'acide butyrique, qui peut, par l'action de quelque autre produit encore indéterminé, se trans former en éther butyrique, odeur qui rappelle celle de la violette. — Il a recueilli en en imbibant de la mousseline, les sueurs odorantes, a soumis à une température de 120°, l'alcool par lequel il avait traité ces sueurs et a obtenu un extrait à parfum très marqué de violette. On sait que l'acide et l'éther butyrique sont très employés dans la parfumerie.

(*Travail du professeur Hammond, dans le Giornale nteri* ≷ *az. delle Scienze medic. Anno. V. fasc.* 4.

*
* *

Prophylaxie des maladies infectieuses. — Le Dr Goldsmitt affirme qu'il a réussi à empêcher la contagion de la scarlatine parmi les membres de la même famille, sans autre procédé que des onctions de lard de tout le corps, suivies de pulvérisations dans l'appartement avec une solution d'acide salicylique.

Le Dr Buchner, dans un travail sur le même sujet, prétend qu'une inflammation simple, non due à la contagion, modifie les tissus de telle manière qu'ils n'offrent plus un terrain favorable au développement des germes morbigènes. Recherchant les substances chimiques qui peuvent, sans danger pour la santé, jouer le rôle de préservatif contre les infections morbides, il croit avoir trouvé le produit qu'il recherche, en première ligne dans l'arsenic, puis, moins actifs, l'antimoine et le phosphore. Comme l'arsenic empêche l'altération des préparations anatomiques, le Dr Buchner pense qu'il peut avoir une action similaire sur les tissus vivants, et les préserver de ces infections à longue incubation, comme la variole, la scarlatine et la rougeole.

(*Gazzetta med. Lombardia, 28 juillet 1883*).

*
* *

Procédé opératoire de la sangsue. — Après avoir choisi l'endroit où elle veut mordre, la sangsue y applique d'abord ses deux lèvres latérales, dont l'empreinte forme les deux côtés d'un angle à sommet supérieur terminé par l'application de la lèvre supérieure à leur point de rencontre; puis l'application de la lèvre inférieure vient former la base du triangle. Alors le pharynx de l'animal s'abaisse, les contours du triangle s'arrondissent en forme circulaire, et le fond de la ventouse s'abaisse pour arriver au contact hermétique avec la peau.

Ainsi fixée, la sangsue plie son corps en forme d'arc ou d'étrier, et sous la ventouse, la peau, soulevée, prend la forme d'une papille, et c'est alors que s'opère la morsure de l'animal. Ce sont trois dents, trois lames scarifiantes, qui s'écartent à mesure qu'elles entrent dans l'épaisseur de la peau, et se rapprochent en opérant leur sortie.

Quand la sangsue est au repos, les mâchoires sont appliquées sur l'ouverture de l'œsophage, qui se trouve alors en occlusion complète. Quand elles s'abaissent et s'écartent, elles dilatent l'orifice de cet organe, y forment le vide, où le sang se précipite aussitôt.

La succion effectuée, les mâchoires se rapprochent, soulèvent le sang et le font cheminer en arrière, comme ferait un piston, jusque dans l'œsophage.

Ce mécanisme complexe a été bien étudié par le Dr M. Duval, dont les observations démontrent que la sangsue se fixe sur la peau, par le pourtour de la ven-

touse, et non par le centre; que la morsure se fait après que la peau, suivant le retrait de la ventouse, forme comme une papille ; elles mettent aussi en lumière le mécanisme de la déglutition.

(Gazzetta med. Lombardia, 1er sept. 83).

***

Transmissions des vibrations vocales dans les exsudats pleurétiques. — Le Dr Guido Bacelli, reprenant les expériences des cliniciens depuis Laennec, sur les modifications de la voix à travers les épanchements pleuraux, dans un travail publié en 1873, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les vibrations du son dans un fluide se produisent en raison inverse de la densité, de l'abondance des corpuscules qui y sont en suspension, et de la composition hétérogène du liquide.

2° La conductibilité des sons diminue surtout par l'hétérogénéité et l'abondance des corps en suspension;

3° L'hétérogénéité du liquide résulte de la quantité de fausses membranes, de flocons albumineux et fibrineux, et surtout d'organismes élémentaires, leucocytes, cellules de pus ou d'épithélium ;

4° Les caractères extérieurs, couleur, épaisseur, opacité, viscosité, ne sont pas toujours suffisants pour fixer l'observateur sur la composition intime d'un liquide, laquelle n'est élucidée complètement que par l'analyse micro-chimique;

5° La viscosité excessive d'un liquide, son aspect extraordinairement filant, ne l'empêchent pas de transmettre les sons même les plus faibles, quand ce liquide est de composition homogène ;

6° Les liquides denses, riches en corpuscules sanguins ou autres, enfermés dans des membranes épaisses, à parois humides et inégales, répercutent et renforcent les sons dans les régions périphériques. C'est là un fait constant, appelé à modifier la théorie de l'auscultation.

En 1877, l'auteur a de nouveau étudié la question et reconnu :

Que l'augmentation de la quantité de fibrine n'influe pas sur la densité de l'exsudat, mais que la présence des matières organiques a, au contraire, sur cette densité, une influence considérable.

Le professeur Baccelli donne un moyen simple et facile pour apprécier la transmission de la voix. Il fait prononcer au malade le mot *tren-ta-tre* et étudie la transmission de chaque syllabe, et de chaque lettre en particulier. Il a constaté :

1° Que la première lettre qui n'est plus entendue est te *r*; on entend alors *ten-ta-te.*

2° La seconde letre est le *t*, et l'on entend alors : *en-a-e.*

3° Ensuite c'est la lettre *n* qui disparaît, et l'on entend : *e-a-e.*

4° Enfin les voyelles elles-même se transforment en une vibration uniforme, sorte de petit ronflement, analogue à celui qu'on produit avec les lèvres pour prononcer doucement *brrr.*

5° En dernier lieu, on arrive à n'entendre plus rien.

S'agit-il d'un exsudat pleurétique simple, séreux, on entend très clairement *tren-ta-tre*; mais s'il contient une masse assez importante de substance fibrinogénet, on entend la voix comme venant de très loin. La transmission est-elle diminuée, c'est ce qu'il y a des strates fibrineuses, pulpeuses et humides, sur la surface de la plèvre, dépôts pouvant faire croire à la présence de corpuscules purulents ou sanguins. L'auteur conseille alors d'ausculter sur la ligne verticale axillaire, on y trouve des alternatives, des alternances d'obscurité et de sonorité, suivant l'épaisseur et la consistance, d'ordinaire inégale, de l'enduit fibrineux.

La distinction entre la nature séro-fibrineuse et séro-purulente des exsudats consiste en ce que pour les premiers, (les fibrineux), les dépôts sur la plèvre sont comme uniformément gradués, tandis que pour les purulents, ils sont nettement limités, et sans zône de transition. Dans ce cas, l'audition des lettres du mot tren-ta-tre sera très claire en un point, obscure dans un point voisin; si le dépôt est fibrineux, les vibrations vont en augmentant ou en diminuant graduellement, suivant l'épaisseur de l'enduit. Si le liquide contient des corpuscules, les consonnes ne se transmettent pas. Pour connaître la nature des corpuscules, il faut tenir compte de tous les autres symptômes. Quand le liquide est composite et hétérogène, la tension excessive, aucune vibration n'est transmise.

(Giornale internaz. delle scienze medic. (fasc. 3, 4. 5, 6).

Dr M. Picard.

PETIT COURRIER

I

Le docteur B. demande si un lecteur du *Concours* connaîtrait une localité où un médecin cumule les fonctions de médecin et d'administrateur d'un hôpital : Dans notre département le fait s'est présenté et se présente encore. M. D., à Bourg (Ain), a été maire de la ville et médecin de l'hôpital. Or, comme maire, il était président de la commission administrative. — A Nantua, le Dr B. est en même temps maire et médecin d'hôpital. Ses adversaires ont essayé de profiter de ce fait pour faire invalider son élection, jusqu'à présent je ne crois pas qu'ils y soient parvenus, et M. B. continue à remplir avec autorité et savoir ses deux fonctions ; je crois que le même fait doit avoir lieu à Pont-de-Vaux.

Dr Passerat.

II

M. le Directeur,

En réponse à la question du Dr B., j'ai vu, à Montpellier, le professeur Dupré, chef du service médical à l'hôpital Saint-Éloi, et membre de la commission administrative.

M. le Dr Benoit, chef de service des maladies syphilitiques et cutanées était aussi administrateur de l'Hôtel-Dieu, etc...

Agréez.

III

Monsieur,

En réponse à une demande d'un correspondant du *Concours médical*, je vous dirai qu'ayant été nommé, en 1881, maire du Lude, un membre de la Commission administrative de l'hospice, a trouvé illégal que je continue mon service comme médecin.

J'ai reçu de la Préfecture la consultation suivante: « J'estime qu'en droit strict vous pouvez cumuler la fonction de médecin salarié de l'hospice, avec celle de maire — mais qu'en droit et en fait vous êtes absolument inattaquable en renonçant au traitement. ».

J'ai donc continué à faire mon service et la Commission m'a conservé mon traitement à savoir 150 fr. pour six mois.

Le Commission, en agissant autrement, se fût créé un embarras singulier. Depuis vingt-deux ans, j'ai vu se succéder bien des concurrents, et celui qui partageait à cette époque le service avec moi, n'a pas tardé à quitter le pays.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments. Dr A. Couturier.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT SUBURBAIN DE BORDEAUX.

Monsieur le Directeur,

Dans le *Concours* du 29 septembre 1883 vous faisiez appel à MM. les Présidents des Syndicats, les priant de demander à leurs confrères un avis sur la constitution d'une Caisse de retraites.

Je suis heureux de vous annoncer qu'à notre réunion du 10 octobre 1883, sur la proposition de notre excellent président, le Dr Lasalle (de Lormont), l'Assemblée, composée de vingt-deux membres, a déclaré à l'unanimité, adhérer au *principe* d'une Caisse de pensions de droit. Chacun se réservant de vous envoyer son adhésion lors de la création effective de cette œuvre essentiellement utile et profitable pour tous.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments respectueux. Dr M. Fage.

II

SYNDICAT DES DEUX-SÈVRES.

Très honoré confrère,

Je vous adresse sous ce pli cinq adhésions que j'ai recueillies avant-hier à l'issue de l'Assemblée générale que nous avons tenue à Niort.

C'est à table, en banquetant, que j'ai exposé de mon mieux le but poursuivi par le *Concours*, et les moyens choisis pour y arriver, que j'ai pu nous rattacher ces cinq nouveaux adeptes.

Notre jeune secrétaire vous enverra bientôt le procès-verbal de cette réunion du 11 octobre, mais je veux me donner le bonheur de vous annoncer, dès à présent, que le projet de constitution d'une Caisse de pensions de droit a été très favorablement accueillie comme le prouve la résolution suivante prise à l'unanimité :

« Le Syndicat médical des Deux-Sèvres, réuni en Assemblée générale le 11 octobre 1883, accepte en principe l'idée de la constitution d'une Caisse de pensions de droit, mais il attend, pour donner à cette Caisse son assistance effective, de connaître les statuts qui la doivent régir. » Roullaud,

Président du Syndicat médical des Deux-Sèvres.

NOUVELLES

Le document suivant promet un commencement de satisfaction aux plaintes formulées par le corps médical français en Algérie contre la tolérance coupable à l'abri de laquelle nombre de médecins interlopes exercent la médecine dans ce pays, sans justifier de conditions et garanties de diplôme suffisantes, ou même sous le titre de *docteurs*, qualification usurpée, quand elle ne spécifie pas sa provenance étrangère.

Le préfet d'Alger vient d'adresser aux sous-préfets, administrateurs et maires du département, la circulaire suivante relative aux *médecins étrangers* :

« Alger, le 11 août 1883.

« Messieurs,

« L'attention de M. le Ministre de l'instruction publique a été appelée sur ce fait qu'un certain nombre d'officiers de santé exerceraient la médecine en Algérie, sans titres réguliers.

« Quelques-uns, munis de diplômes étrangers, auraient sollicité ou obtenu une autorisation provisoire, mais ils négligeraient de régulariser leur situation, quand arrivent les sessions d'examens.

« Ces abus portant un préjudice notable à l'Ecole de médecine d'Alger, et aux droits des praticiens munis de titres réguliers, je vous prie de me signaler ceux dont vous pourriez avoir connaissance, afin de me permettre de prendre des mesures pour les faire cesser. » (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

Heureux Algériens...! Si la circulaire préfectorale ne reste pas lettre morte, vos confrères de France vous envieront votre Préfet!

Concours de l'externat. — Le jury du prochain concours se compose de MM. les Dr Lacombe, Hanot, Letalle, Chauffard, Segond, Quénu et Bar.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès d'un membre du *Concours médical*, M. le Docteur Cuvillier à Beaumetz-lès-Cambrai, Pas-de-Calais.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
27 Octobre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 43

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Marey* a fait un rapport sur une femme présentée dernièrement par M. Tarnier et affectée d'ectopie du cœur.

Cette femme présente une bifidité congénitale du ternum et du diaphragme avec éventration et hernie congénitale. La perte de substance du sternum permet de voir sous la peau les ventricules dont le grand axe est presque vertical; ces ventricules sont peu volumineux; c'est le droit qui est accessible à la vue; la flaccidité de la peau permet de saisir dans la main la masse ventriculaire, et, à travers l'éventration, de comprimer l'aorte.

L'auscultation fait entendre un souffle systolique paraissant correspondre à un rétrécissement de l'origine de l'aorte ; du reste, la fonction du cœur paraît s'exécuter normalement. La seule inspection des mouvements du cœur pourrait faire croire que c'est la brusque diastole des ventricules qui cause les battements de cet organe, mais l'application du doigt sur le ventricule fait cesser cette illusion et montre bien que la pulsation du cœur a lieu pendant la systole ventriculaire. L'inscription des pulsations du cœur montre que les deux ventricules sont synchrones dans leur action, même lorsqu'on provoque des irrégularités de leur rhythme; que la pulsation coïncide avec la diminution de volume des ventricules et par conséquent avec la phase de systole des ventricules.

A propos de la vaccine et des vaccinogènes, M. *Warlomont*, de Bruxelles, présente les considérations suivantes :

1° Ni les équidés, ni les bovidés, ni vraisemblablement d'autres animaux, ne peuvent être considérés comme vaccinogènes.

Ni le cheval ni le bœuf ne créent de toutes pièces, l'un le horse-pox, l'autre le cow-pox ; l'un et l'autre doivent, pour fournir une récolte de matière vaccinale, en avoir reçu préalablement la semence.

2° La semence originelle du vaccin, dans ses rapports avec le cheval et le bœuf, n'est pas autre chose que la variole; admise dans l'organisme de ces animaux, celle-ci y subit une atténuation d'où résulte ce que l'on est convenu d'appeler le vaccin.

3° Cette atténuation est moindre chez le cheval que chez le bœuf; le horse-pox s'éloigne donc moins de la variole que le cow-pox.

4° Le cheval est un mauvais terrain pour la culture du vaccin. La vaccination animale réclame des germes atténués à un plus haut degré que ceux que peut procurer l'organisme du cheval.

5° L'imprégnation variolique ou vaccinale artificielle chez le cheval, par voie d'inoculation ou d'injection intra-cutanée, semble pouvoir se produire, comme chez la vache, sans que rien se manifeste au dehors. L'immunité doit pouvoir être la conséquence de cette imprégnation.

M. *Blachez* lit une double observation portant sur deux enfants de dix et de six ans, qui ont présenté des phénomènes nerveux particuliers du côté du larynx : toux quinteuse, rauque et aboyante. suivie d'une sorte de chant grave à deux notes, M. Blachez rapporte ces phénomènes à une sorte de *chorée laryngée*, quoiqu'il n'y ait eu dans le reste de l'économie aucun autre symptôme de chorée. Les antispasmodiques n'ont eu aucun succès chez l'un des enfants et les accidents ne cédèrent qu'au chloral; chez l'autre le bromure de potassium suffit pour amener la guérison.

Dr J. GEOFFROY

CHIRURGIE PRATIQUE

Les Blessures et les Blessés.

(*Suite*)

III. — Influence réciproque des maladies et du traumatisme.

Bien qu'on n'ait pu saisir toujours nettement les liaisons qui existent entre la blessure, la maladie du blessé, et la complication, on doit reconnaître deux ordres de faits que nous allons successivement exposer de la façon la plus synthétique.

a. — *Quelle est l'influence des maladies antérieures sur le traumatisme*? Nous avons vu, qu'en général, une maladie antérieure variable dans son ancienneté sa profondeur, agit d'une façon défavorable sur le traumatisme. Disons, toutefois, que cette règle a de nombreuses exceptions; une blessure, une plaie opératoire, peuvent évoluer normalement, sans la moindre complication sur un tuberculeux, un syphilitique, un diabétique même; mais on ne doit pas se fier à une immunité que l'on peut rencontrer, mais qu'on ne peut reconnaître à l'avance.

D'après les faits observés, on peut dire qu'un état général antérieur peut influencer le traumatisme, ou mieux, la blessure de trois façons distinctes, d'après l'époque à laquelle se montre la manifestation de cette influence.

1° *Primitivement*. — On peut voir dans les premiers jours, ou même dans les premières heures qui suivent la blessure, se développer certaines complications qui siègent primitivement dans le foyer traumatique, ou du moins qui en partent. C'est ainsi que l'on voit l'érysipèle se montrer souvent chez les cardiaques; l'érysipèle bronzé, l'emphysème putride, la lymphangite chez les alcooliques et les diabétiques.

2° *Secondairement*. — Le travail réparateur avait commencé à s'effectuer sans encombre, il peut être *modifié*; les bourgeons charnus de bonne nature d'un moignon de scrofuleux, deviennent pâles, blafards; la plaie d'un syphilitique se transforme en ulcération secondaire.

D'autres fois, il y a plus : le travail cicatriciel s'arrête, il reste un ulcère interminable, la fracture qui se consolidait reste mobile et se transforme en pseudarthrose. On peut encore voir la réparation *dénaturée*, une plaie prendre le caractère d'une autre affection.

3° *Tardivement*. — Le traumatisme crée des lieux de moindre résistance (1), ils peuvent rester silencieux, mais aussi, ils sont, par leur nature, même, prédisposés à répercuter l'écho des maladies constitutionnelles. Celles-ci se fixent au point anciennement blessé, le cancer se développe dans le sein qui a été victime des contusions ou d'abcès. Une tumeur blanche se montre dans une jointure qui a été le siège d'une entorse chez un scrofuleux, etc. Nous pourrions multiplier les exemples, mais nous les retrouverons en traitant chaque maladie en particulier.

b. — *Quelle est l'influence du traumatisme sur la maladie antérieure*? C'est aussi de trois façons que la blessure peut réagir sur les divers états morbides qui occupent antérieurement le blessé.

1° Et d'abord, la blessure et la maladie constitutionnelle peuvent évoluer pour ainsi dire parallèlement l'une à l'autre, sans avoir l'une sur l'autre aucune influence. On constate heureusement des exemples fréquents de ce genre. On voit souvent une plaie évoluer normalement chez un diathésique, sans que rien n'annonce une aggravation ou un ralentissement dans son état général. Il faut observer qu'il en est ainsi surtout dans la période dyscrasique des maladies générales.

2° Mais le plus souvent, l'ébranlement traumatique a, sur la diathèse, l'influence la plus funeste. Cette influence peut se traduire de trois manières, que quelques exemples suffiront à faire comprendre.

Tantôt, l'état constitutionnel se manifeste *au point blessé lui-même*; le professeur Verneuil cite, par exemple (1), un cas d'ablation de cancer du sein chez une arthritique, suivi de névralgie traumatique précoce de la plaie et d'herpès.

Souvent, le traumatisme frappe un sujet sain en apparence, et il survient tout à coup des accidents inattendus; on examine alors plus complètement le malade et on trouve des traces, ou seulement le souvenir d'une maladie générale contractée et guérie en apparence depuis longtemps; le fait est fréquent comme on le verra pour le paludisme; on a souvent observé des blessés qui cinq, dix, quinze ans auparavant, ont été infectés par le miasme paludéen, sans en avoir rien ressenti depuis; et deux jours après l'accident ou l'opération, ils sont pris d'un violent accès de fièvre intermittente. Dans ce cas, comme dans tous ceux qui lui sont analogues, le traumatisme a réveillé l'état constitutionnel; et, selon une heureuse expression, *il a battu le rappel de la diathèse*.

Dans beaucoup d'autres cas, on voit la blessure faire naître chez le blessé un accident tenant à une maladie constitutionnelle qui, jusque-là, était restée tout à fait latente, ne s'était accusée par aucun symptôme. Tels sont les accès de fièvre paludéenne, survenant chez un blessé qui habite une région palustre, sans jamais avoir été antérieurement intoxiqué; l'attaque de *delirium tremens* chez un blessé qui, ne s'enivrant jamais, a néanmoins l'habitude d'absorber une grande

(1) Verneuil. — Le Traumatisme, agent morbifique, in Revue Mensuelle de Chirurgie, 1881, p. 3.

(1) Verneuil. — Traumatisme, agent morbifique. Revue Mensuelle de Chirurgie, 1881, p : 3.

quantité de liqueurs fermentées. Dans tous ces faits se trouve justifié l'axiôme du professeur Verneuil : « *Absconditos morbos vulnera de-« tegunt* (1). » Notons à ce propos, d'après le savant clinicien, que, d'après lui, les vomissements post-opératoires, que l'on attribue si souvent à tort au chloroforme, doivent le plus souvent être rapportés à un état dyspeptique antérieur, passager ou chronique, ou bien à une lésion viscérale, surtout du rein et du foie.

Enfin, quand un blessé est depuis longtemps la proie d'une diathèse; quand surtout celle-ci en est à la période des lésions viscérales, le traumatisme agit de la façon la plus funeste, ou bien il accélère la marche de la diathèse d'une façon générale. Ainsi on voit se développer très rapidement des masses ganglionnaires cancéreuses dans l'abdomen, quand on a enlevé un testicule cancéreux que l'on ne supposait pas arrivé à la période d'infection ganglionnaire. Ou bien le traumatisme *aggrave* les lésions déjà produites par la diathèse préexistante; c'est souvent ainsi qu'une opération chez un tuberculeux pulmonaire est suivie d'une poussée de granulations aiguës qui le mène au tombeau.

Il faut encore signaler une classe de faits dans lesquels le traumatisme semble agir d'une manière particulière, en quelque sorte indépendante. Il amène une mort rapide chez des sujets atteints de lésions néoplasiques viscérales, même sans que l'on puisse incriminer la généralisation qui n'a pas encore eu le temps de se produire. Souvent la mort arrive sans complication apparente; il y a une fièvre modérée, un état général satisfaisant, d'autres fois il existe des complications ordinaires, pyohémie, lymphangite, érysipèle. L'auteur (2) d'une monographie récente, qui réunit un nombre considérable de ces cas intéressants, remarque que cette mort qui s'accompagne de phénomènes de dénutrition rapides et d'un abaissement marqué de la température, indique qu'il existe probablement une modification profonde du liquide sanguin, un changement des propriétés du milieu nutritif qui, tout à coup, devient impuissant à nourrir l'organisme. Quoi qu'il en soit, la mort, dans ces cas, est tantôt subite, ou bien elle survient à la suite de septicémie aiguë. Le Dr Cerné a réuni trente-cinq observations de blessures accidentelles ou chirurgicales survenues dans ces circonstances. Dans le plus grand nombre, la mort est survenue avant le neuvième jour 21/35, et on ne peut trouver aucune généralisation.

3° Après cette funèbre énumération des funestes influences des blessures sur les maladies constitutionnelles, il faut accorder au traumatisme opératoire une action favorable et bienfaisante sur certaines diathèses. Il agit en supprimant un point de l'organisme dont la lésion est le point de départ de l'infection générale. Un cancer enlevé largement au début de son développement peut bien ne pas se reproduire; on connaît des cas de tuberculose extérieure qui ont battu en brèche l'ancien axiôme de Louis, et qu'une opération propice a empêchés de se généraliser. Enfin on trouve des lésions viscérales qui, entretenues par une cause extérieure, se sont heureusement modifiées et ont ont pu même guérir quand le couteau a enlevé l'origine du mal.

Tels sont, en résumé, les nombreux modes de relations que l'on a trouvés entre les blessures et les divers états morbides des blessés. Il nous faut maintenant de tous ces faits tirer des conclusions qui pourront guider le praticien au lit du malade et lui inspirer une sage conduite.

4° *Conclusions applicables à la pratique chirurgicale.* — Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de rapporter ici, en partie, le résultat des discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie dans plusieurs séances de cette année. Dans la séance du 14 février (1), le professeur Verneuil expose d'une façon nette et concise les conclusions qu'il voulait soumettre à la discussion de ses collègues. Il dit :

« 1° Abstraction faite des complications venant « du milieu ambiant, le traumatisme, à lui seul, « intervenant sur des sujets antérieurement at-« teints de lésions ou de maladies diverses, peut « exercer une action puissante sur ces lésions.

« 2° Cette action intrinsèque locale, ou générale, « peut être salutaire ou nuisible. Salutaire quand « elle modifie heureusement la maladie anté-« rieure, nuisible quand elle l'aggrave.

« 3° Cette aggravation peut aller jusqu'à la « mort sans aucune des complications ordinaires « des plaies.

« 4° La mort due à la maladie est due aussi au « traumatisme, et ces catastrophes de double ori-« gine sont fréquentes et souvent classées à tort « dans le choc traumatique. »

Or il faut encore que le praticien se rappelle que :

« 1° Tout trauma, chez un sujet atteint d'une « tare locale ou constitutionnelle, entraîne à sa « suite deux ordres de dangers, les uns partant « du foyer traumatique, les autres se dévelop-« pant aux lieux tarés.

« 2° Si la méthode antiseptique, si justement « célébrée, prévient ou supprime fréquemment « les premiers dangers en assurant presque tou-« jours l'évolution régulière du trauma, elle reste, « en revanche, souvent impuissante contre l'im-« pulsion donnée à la propathie (maladie anté-« rieure) préexistante.

« 3° Elle n'empêche nullement par exemple, « en cas de blessure ou d'opération, le délirium « tremens chez l'ivrogne, la colique néphrétique « chez le graveleux, l'accès de goutte chez le

(1) Verneuil : in *Gazette Médicale* de Paris, 1880, p. 675.

(2) Cerné. — Mort rapide par le traumatisme chez les sujets atteints de néoplasmes profonds. Thèse. Paris, 1881, doct.

(1) Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 1883, p. 150.

« podagre, l'attaque rhumatismale chez l'arthri-« tique; les paroxysmes fébriles et les hémor-« rhagies périodiques chez les paludiques; les sy-« philides au point blessé, et l'exostose tertiaire « au lieu contus. En un mot, elle a sa sphère de « puissance et non l'omnipotence absolue qu'on « veut lui accorder.

« 4° En fin de compte, et comme conclusion « pratique, il est nécessaire, pour soigner une « blessure, entreprendre une opération, en por-« ter le pronostic et en assurer le succès, de « poursuivre l'asepsie et l'apyréxie; mais de « s'occuper avec un soin égal du personnage « particulier que l'on soigne et de l'état organi-« que dans lequel il se trouve. »

En énonçant aussi positivement sa doctrine, M. Verneuil n'a pas manqué de trouver des argumentateurs; nous ne pouvons rapporter ici cette remarquable lutte oratoire où le professeur Trélat, notre excellent maître, a attaqué son collègue par tant de feintes adroites et de coups bien portés pour tomber ensuite d'accord avec lui sur le fond du débat. « J'accepte les faits énoncés (1), « dit M. Trélat, mais je repousse la loi générale, « parce qu'elle ne s'applique pas à tous les cas, « mais j'adopte le fond pratique et simple de l'i-« dée et je propose la pensée suivante : « Les « états pathologiques préexistants chez les bles-« sés ou les opérés, aggravent de façons diverses « et dans les mesures variées, le pronostic des « blessures ; il faut donc rechercher avec le plus « grand soin ces importants éléments de pronos-« tic et de détermination opératoire. » On voit qu'au fond l'accord est très grand entre les deux savants praticiens.

On a injustement reproché au professeur Verneuil de prêcher la timidité opératoire, de restreindre à plaisir le champ de la chirurgie sanglante. Nous voulons ici protester contre ces allégations. En insistant pour montrer tous les dangers qui menacent un blessé, en apprenant à les reconnaître, à les classer, à leur opposer les ressources de la thérapeutique, il est arrivé à un but tout autre, résultat précieux qui rentre dans les traditions de la chirurgie française. Le chirurgien à l'aide de toutes ces notions, n'abdique pas sa hardiesse, mais c'est une hardiesse réfléchie, éclairée et fortifiée par l'expérience. « Celui-« là se défend le mieux qui connaît ses ennemis, « les armes qu'ils emploient, et la manière dont « ils s'en servent » (2). Aussi, les sujets diathésiques ne sont pas privés de l'intervention chirurgicale, lors même qu'elle est périlleuse; même dans les cas d'urgence, il faut souvent opérer d'abord, quitte à s'occuper de la diathèse après l'intervention. C'est ce qui justifie les conclusions d'une observation, émises par M. le Dr Richelot, dans la séance du 2 mai de la Société de chirurgie (1). « Quand il s'agit, dit-il, d'une opération « nécessaire, en dépit du mauvais terrain et du « pronostic douteux, nous sommes réduits à nous « comporter comme si la diathèse n'existait pas. « — Quand l'organisme, en puissance d'un état « constitutionnel défini, possède encore de bons « tissus et n'est pas sérieusement affaibli, nous « ne devons pas nous intimider et prévoir des « dangers sans nombre. — Si nous nous limitons « aux opérations nécessaires, la connaissance d'un « état morbide antérieur peut assombrir le pro-« nostic, mais ne modifie pas la conduite chirur-« gicale. »

Pour nous résumer, nous devons retenir ceci : que toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'une blessure ; toutes les fois que nous avons à pratiquer une opération, nous devons examiner d'une façon complète le malade. Interroger ses antécédents, les hérédités morbides ; rechercher s'il présente quelque trace de maladie constitutionnelle ou autre, quel est son état physiologique actuel. Si c'est un blessé malade, il faut nous enquérir de l'état de ses viscères en étudiant le fonctionnement du tube digestif, des voies biliaires, du système circulatoire. Il faut toujours se rappeler que la composition de l'urine est l'indice le plus fidèle et le plus précieux des métamorphoses et des échanges nutritifs internes. Le malade est-il diathésique, on cherchera à quelle période de la diathèse on a affaire. Porte-t-il une tumeur extérieure opérable en apparence, on ne se décidera à intervenir qu'après avoir, autant que possible, constaté s'il existe ou non des signes de généralisation.

En somme, quand une intervention chirurgicale est nécessaire, ou du moins semble l'être, il faut pouvoir résoudre les questions ayant trait aux points suivants.

Quelles sont les *indications* et les *contre-indications* opératoires ? la somme des unes l'emporte-t-elle sur celle des autres ? Les contre-indications sont-elles justicables d'une méthode thérapeutique efficace ?

Le moment est-il *opportun* ? Le chirurgien doit autant que possible choisir le moment (*occasio præceps*) et, si le sujet est diathésique, préférer, dans certains cas, la période latente de l'évolution ; tandis que dans d'autres, les néoplasmes, il devra opérer au plus tôt.

La *Préparation* à l'opération comporte l'étude et l'application de tous les moyens qui peuvent améliorer l'état diathésique. Il faut donc instituer avant, pendant et après les opérations un traitement spécial contre les maladies constitutionnelles.

Le choix du procédé (*Sélection* et *technique opératoire*) a aussi une très grande importance; il faut, par exemple, préférer le feu à l'instrument tranchant dans les lésions septiques et gangré-

(1) Bull. Soc. Chirurgie 1883. Séance du 21 mars, p. 233.

(2) Verneuil. — De la mort prompte après certaines blessures ou opérations, in : Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. 1869. P : 338 et 387.

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, 1883. P; 36. Séance du 2 mai.

neuses, — être avare du sang chez les malades épuisés, — éviter autant que possible la douleur chez les névropathes.

Le *choix du pansement* a aussi son utilité, et on se rappellera que les diathésiques, comme tous les autres, doivent des actions de grâces à la méthode antiseptique qui les défend contre un grand nombre d'accidents qu'ils sont, plus que d'autres, exposés à subir.

Telles sont les considérations qui, en nous empêchant de sacrifier le *tutò* au *citò*, nous permettront d'atteindre le *jucundè* dans le succès réellement thérapeutique et pratique de nos actes chirurgicaux.

BARETTE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DE PENSIONS DU CORPS MÉDICAL BELGE

(MÉDECINS, PHARMACIENS ET MÉDECINS VÉTÉRINAIRES).

Cher Monsieur et honoré confrère,

Vous avez bien voulu me demander communication de mon allocution à notre Assemblée générale. J'ai le plaisir de vous en envoyer une copie, et me trouverais flatté, si les promoteurs d'une Caisse de Pensions pour les médecins français pouvaient y puiser quelques éléments utiles à la création projetée. Moi, comme mes honorables collègues, nous nous mettons à votre disposition pour tous éclaircissements ultérieurs.

Le mémoire sur les Caisses de Prévoyance, annoncé dans ces lignes, ne sera pas prêt, lors de la publication de notre rapport annuel. Je compte le terminer à la fin de l'année et vous le faire parvenir dans le premiers mois de 1884.

Veuillez recevoir, etc. Dr SCHŒNFELD.

Assemblée générale du 26 septembre 1883. — Discours du Dr Schoenfeld, président du Conseil d'administration.

Messieurs et chers Collègues,

Je comptais présenter à l'Assemblée de ce jour un travail complet sur les Caisses de Prévoyance appliquées aux classes moyennes et supérieures de la société. Mais je n'ai pu que l'ébaucher, et j'hésiterais, du reste, à vous en infliger l'audition. Il est plus profitable de *lire* un travail de longue haleine, et comme vous pensez probablement avec moi que notre Caisse de Pensions ne pourra que bénéficier de la publication d'un résumé de ce qui a été accompli sur ce terrain, et surtout de l'étude comparative des législations concernant la matière, je ferai insérer, dans notre compte rendu de cette année, la première partie de mes recherches, limitée à la Belgique et à la France. Si, l'année prochaine j'ai encore l'honneur de présider l'Assemblée générale, je vous communiquerai les résultats obtenus en Allemagne, Angleterre, Autriche, Italie, etc. Les documents colligés par moi vous prouveront que l'Angleterre et surtout l'Autriche marchent à la tête de ce mouvement de la prévoyance, et que la Belgique est loin d'y occuper une place honorable.

Je ne m'occuperai aujourd'hui que des tentatives faites par le *Corps Médical Belge*, pour réaliser cet ancien desideratum de la profession. Le premier promoteur d'une Caisse médicale de Prévoyance fut le Dr JOLY qui, dès 1836, proposa de créer une Caisse de Pensions pour les médecins infirmes, leurs veuves et orphelins. En 1844, M. le Dr LEQUIME reprit ce projet, et le présenta à ses collègues de l'Académie de Médecine. Une Commission composée de MM. de Hemptinne, Quetelet, Verheyen, Lequime et Fallois, en recommanda l'adoption et fit ressortir que l'association aurait, non seulement un but de philanthropie et de prévoyance, mais encore un but de moralité et de dignité médicales. Mais ce rapport favorable ne fut jamais discuté.

De nouveaux efforts du Dr Joly n'aboutirent, en 1847, qu'à la fondation de *l'Union Médicale de Bruxelles*, association de *secours*, présidée par M. le PROFESSEUR GRAUX et s'effondrant promptement. Elle fut remplacée, deux ans plus tard, par la *Caisse de prévoyance du Brabant* qui existe encore aujourd'hui. Le BARON JEUTIN essaya vainement d'élargir le cercle étroit de cette prévoyance de clocher, en conviant l'Académie de Médecine à se faire représenter au Congrès Médical de 1853 : « Il s'agira non seulement du sort des médecins, mais de l'avenir de leurs veuves et orphelins. La veuve du militaire qui périt sur le champ de bataille, a son sort assuré; la veuve du médecin qui, en portant secours à l'humanité, succombe à une épidémie, est souvent réduite à la misère ! Eh bien, unissons-nous, créons une caisse d'épargne pour obvier à de tels malheurs ! discutons sérieusement les intérêts des médecins qui se confondent avec ceux de la société. Tel est le but du Congrès qui va se réunir..... (1)

Les institutions destinées à durer ont généralement une longue incubation et un enfantement difficile. Aussi l'existence de notre *Caisse de Pensions*, proposée et débattue, dès 1862, par le Dr CLOQUET et d'autres, ne data que de décembre 1869. En dehors d'elle, nos Caisses médicales de secours et de retraite sont au nombre de trois.

L'Association Médicale de Prévoyance de Gand fut fondée en 1863 par la Sociétés des Anciens Etudiants en médecine de cette Université, dans le but « de créer, dans l'avenir, une Caisse de Retraite; de préparer et de fonder les institutions propres à compléter son œuvre d'assistance. » Mais il faudrait un nombre prodigieux d'années, pour que les ressources de l'Association puissent permettre la réalisation de ce rêve généreux. — La cotisation est de 20 francs et la moitié des revenus va grossir le

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine. Mars 1853.

fonds de réserve. — L'an passé, l'avoir social était de 26.288 fr.; les recettes se sont élevées à 2.888 fr., les secours accordées à 750 fr. — En 1883, on donnera 900 fr. à trois veuves. Le rapport parle avec amertume de l'état stationnaire des membres (88, contre 86 en 1875), des défections et du peu d'empressement que mettent les jeunes confrères à se rallier autour des anciens. Vous voyez que nous ne sommes pas les seuls à nous plaindre que le feu sacré fasse défaut. La même indifférence est signalée dans d'autres elasses de citoyens, plus habitués pourtant au calcul. « Notre effectif est presque stationnaire, son augmentation est en raison inverse de la somme du bien, anomalie étrange que nous avouons ne pas bien saisir, » — lisons-nous dans le dernier rapport de la *Mutualité Commerciale de Bruxelles.*

Les statuts de la *Caisse de Pensions en faveur du Corps Médical, à Anvers*, du 9 mai 1849, modifiés 1870, ont encore été remaniés ces dernières années. C'est une véritable Caisse de Retraite, admettant (depuis 1876) des participations doubles. Les 4/5 du revenu net sont répartis entre les ayants-droit, jusqu'à un maximum de 1.000 fr. La pension est acquise après 30 années de participation; le Bureau a le droit de surveiller et même de régler l'emploi de la pension des orphelins. D'après l'art. 6, toutes les branches de l'art de guérir peuvent participer à la Caisse, même les sages-femmes et les dentistes. Cependant nous ne voyons sur les listes de 1882 que 73 médecins et 39 pharmaciens, soit 112 participants, se réduisant en réalité à 106, en défalquant les doubles participations. En 1875, il y avait 126 membres ; donc là, aussi, le nombre des adhérents diminue. La cotisation annu lle est de 25 fr., avec un droit d'entrée progressif. L'an passé, eette excellente société possédait un capital d'environ 145,000 fr. (1), avait distribué 7,400 fr. de pensions et avait reçu 2,590 fr. en dons, dont 2,275 fr. pour abandon de pensions. Cette offrande considérable parle hautement en faveur de l'esprit de solidarité et de confraternité qui anime les pensionnés de la Caisse Anversoise : beaucoup de veuves de médecins et de pharmaciens, favorisées par la fortune, renoncent depuis nombre d'années à la somme allouée de droit, et leur exemple a été suivi par 17 membres actuels, sur 49 pensionnées. Tandis que la Caisse de Pensions du Corps Médical Belge n'a plus *qu'un seul* membre honoraire, sa vaillante sœur de la province d'Anvers en possède 19 !

La *Caisse de Prévoyance de l'Association Médicale du Brabant*, protégée à son début par l'élite du Corps Médical de Bruxelles, aurait pu rendre des services sérieux, si elle avait su attirer des recrues et si la cotisation annuelle (12 fr.) avait été plus élevée. C'est une « Caisse de Secours et de Pensions pour les médecins, leurs veuves et orphelins, devenus malheureux. » Le fonds de secours est alimenté par le revenu du Capital et par la moitié des cotisations ; y ont droit les membres associés depuis cinq années, ou ayant versé une rétribution globale de 300 fr. (ce qui n'a été fait par aucun membre). Le capital fixe est formé par l'autre moitié des cotisations, le droit d'admission (1 franc par 1.000 fr.), les dons et legs. Lorsque le chiffre des rentes suffira à assurer deux pensions de 1.200 fr. chacune par cent membres (quatre pensions par deux cents, etc.), des bourses d'étude seront créées — espoir enfantin, en présence d'une rétribution aussi mesquine et de l'absence complète de dons. — « L'Association reçoit avec reconnaissance les legs et dons qu'on veut bien leur faire » (art 14) ; mais elle n'a jamais encaissé un maravédis. Ce qu'on peut louer sans réserve, ce sont les stipulations de l'art. 4, excluant de l'Association ceux qui affichent ou annoncent la vente de remèdes spécifiques ou secrets, etc. — Au 30 novembre dernier, le Capital social s'élevait à 37,400 fr.; on avait perçu seulement 252 fr. de cotisations et 1.107 fr. d'intérêts ; la dépense pour secours avait été de 800 fr., pensions provisoires à deux veuves de sociétaires. Aucun membre nouveau ne s'est affilié depuis douze à quinze ans : de cent sept adhérents primitifs, le chiffre est descendu à cinquante et un en 1859, à 31 en 1876, à *vingt et un* en 1883 !

Comme l'obligation de payer 38 fr. de droit d'entrée et de produire un certificat de santé empêchera désormais toute nouvelle affiliation, deux ou trois participants âgés disposeront dans une vingtaine d'années d'un capital important. S'ils négligent d'en opérer la transmission, selon les prescriptions de l'art. 23, les fonds tomberont en déshérence et appartiendront au Gouvernement. Espérons que ce seront nos successeurs qui en recueilleront l'actif et le passif pour notre Caisse de secours, dont le règlement porte : « Des dons peuvent être affectés à des destinations spéciales, en faveur de telle branche de « l'art de guérir, ou telle catégorie de praticiens ; « pour des veuves, pour l'éducation d'orphelins, « pour bourses d'études, etc. » (Art. 5.)

En 1864, lors de la première séance du Conseil Central de la Fédération, M. le Dr MONFILS parlait d'une fusion éventuelle des Caisses de Prévoyance existantes. La réalisation de ce vœu ne nous paraît pas désirable, à moins d'une déchéance irrémédiable des Caisses locales. La Caisse des pensions n'aurait rien à craindre de la concurrence des Caisses d'Assistance particulières, et tout à espérer de leur concours moral. Elles pourraient, plus tard, lorsque notre institution se trouvera dans son plein épanouissement, consacrer des sommes d'autant plus importantes au soulagement d'infortunes exceptionnelles, que les pensions servies par la Caisse centrale rendront ces cas beaucoup moins fréquents. Notre organisation de la prévoyance confraternelle ressemblerait alors à celle de l'Association générale des médecins de France, avec la différence, toutefois, en notre faveur, que nous réunissons sous le patronage moral et matériel de la Caisse de Pensions, les trois branches de l'art de guérir.

Mais, pour que cette organisation soit efficace, et durable, les associations provinciales et locales, doivent avoir de la base et de la surface (1); pour rester

(1) Le capital n'est malheureusement pas unifié *en francs*, dans le bilan.

(1) Il y quelques années, l'honorable président de la Société médicale de Boom a donné 800 francs pour la création d'une Caisse de secours pour les membres de la Société. Le Dr B. M. a fait là certainement un acte

vivaces, elles doivent comprendre, non seulement des membres honorés et influents, mais des affiliés nombreux et actifs. La réalisation et surtout l'expansion d'une idée, le parachèvement d'une organisation, l'appel constant aux confrères, exigent des dévouements personnels et durables. Des élans uniques de générosité, des jets intermittents de phrases éloquentes et élogieuses, des toasts émus, toute cette phraséologie courante, ne suffisent pas à entretenir une institution : le dévouement désintéressé et constant à une idée, les sacrifices renouvelés de temps ou d'argent, la persévérance des efforts commandent et assurent seuls le succès définitif.

Les critiques comme les éloges que je hasarde après l'étude consciencieuse des faits et des documents n'ont de l'intérêt pour vous, qu'en les rapportant à la comparaison des Associations énumérées, avec notre Caisse de Pensions. Cette comparaison nous est évidemment favorable ; mais est-ce à dire que nous ayons complètement atteint notre but? et que le sentiment de notre supériorité doive nous maintenir désormais dans la muette contemplation de gens satisfaits? Evidemment non; il nous reste beaucoup à faire et beaucoup à obtenir : de nous-mêmes, affiliés et pensionnés, au point de vue de la propagande utile ; des pouvoirs publics, pour qu'ils jugent équitablement nos efforts et nos résultats ; du Corps médical, pour que ses sommités et surtout ses jeunes éléments viennent se grouper avec plus de densité autour de notre œuvre. Nous avons enfin à nous faire connaître en dehors de nos frontières, afin que les appréciations favorables des journaux étrangers puissent influencer l'opinion publique en Belgique.

Aux publications professionnelles qui se sont déjà occupées de nous, j'ai la satisfaction de pouvoir ajouter le *Concours médical*, le *Journal de Médecine de Bordeaux* et *l'Annuaire de l'Association générale* des Médecins de France. Dans les premières, MM. les Drs Cézilly, Ordonneau et Verdalle nous ont consacré de longs articles, peut-être trop laudatifs ; la dernière publication reproduit le rapport du Dr Durand-Fardel à l'Assemblée générale du 2 avril dernier, rapport dans lequel cet éminent confrère compare le fonctionnement de notre Caisse avec celui de la Caisse de Retraite des médecins français. Il reconnait que l'idée-mère de notre organisation a été le *droit* à la pension ; mais il insiste avec raison sur ce que l'idée fondamentale de l'Association française n'a pas été de grouper un certain nombre de sociétaires capables de s'assurer des avantages en rapport avec leur mise, mais bien de réunir le plus grand nombre possible de médecins dans une société de secours et de protection mutuels. L'Association française a des horizons plus vastes ; son avenir éloigné est peut-être plus brillant. Nous croyons avoir fait plus de bien avec des ressources plus restreintes, sans patronage, sans l'appui des confrères riches et influents. Tout en donnant de beaux dividendes, nous nous préoccupons surtout de la dignité de nos associés ; mes rapports n'ont pas besoin d'émouvoir

hautement louable de générosité. Mais une Caisse, limitée à un canton rural, est-elle viable à la longue? Si la centralisation à outrance est exclusive de la liberté, l'autonomie excessive est impuissante pour le bien général.

par le défilé navrant des infortunes à soulager, par la symptomatologie minutieuse des plaies et misères hideuses de la profession.

Pour les pensions d'âge, nous n'avons à consulter que l'acte de naissance et la date de l'affiliation; pour les autres, nous vérifions l'invalidité bien plus que l'indigence. Nos affiliés eux-même sont moins accessibles au sentiment; ils ont fait une *affaire*. L'expérience des dernières années a bien prouvé que presque tous comptent toucher leur pension (1), tandis que chez nos aimables voisins, l'institution fraternelle est alimentée (mais à des frais bien moindres) par ceux qui, financièrement, n'en profitent pas.

L'honorable rapporteur manifeste ensuite la crainte que la multiplication inévitable des pensions vienne ultérieurement en abaisser le taux. Sur ce point, encore, nous sommes de son avis. Le grand nombre d'affiliés qui, dans la première décade de notre fonctionnement définitif, ont ou auront atteint 64 ans, ainsi que la recrutement insuffisant de membres plus jeunes, qui jusqu'à présent ne font que combler les vides, amèneront infailliblement ce résultat pendant un certain nombre d'années. Les prévisions formulées à plusieurs reprises dans mes rapports annuels et, les sérieux calculs de M. le Dr Haas (*Assemblée Générale, septembre 1878*) nous ont signalé depuis longtemps cette éventualité. Elle n'aurait pu être conjurée que par l'adoption, d'une des mesures proposées en 1869, et qui n'ont pas été agréées par la majorité requise des deux tiers. Mais il est également incontestable que la pension, dut-elle descendre en 1890 jusqu'à 400 fr. et en-dessous, constituerait encore un bien brillant revenu pour un versement moyen de 1500 fr., s'élevant au maximum à 2000 fr., échelonnés en vingt annuités. Lorsque l'âge moyen de nos affiliés qui s'élève malheureusement aujourd'hui à 48 1/2 ans (2), sera descendu à une moyenne plus basse; que les adhérents jeunes et adultes forment la majorité, et qu'une gradation normale des âges sera redevenue la règle, le taux de pension remontera forcement, ne fût-ce que par l'augmentation annuelle du capital inaliénable, auquel un sixième de toutes les recettes doit être adjoint

(*à suivre*).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE
ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Hémoptysies et congestions pulmonaires arthritiques.

M. le Dr *Huchard* a fait, sur ce sujet, une très intéressante communication, au dernier Congrès

(1) Jusqu'à présent, un seul pensionné, feu le Dr Bussine, de Wasmes, a négligé de réclamer sa pension, bien qu'il la sût acquise.

(2) Nous n'avons plus que 16 affiliés âgés de 20 à 30 ans; 92 de 30 à 40, contre 168 âgés de 40 à 50 et 117 de 50 à 60 ans.

DE ROUEN. Le médecin de l'hôpital Tenon s'attache d'abord à démontrer que, si les manifestations de l'arthritis peuvent s'étendre à presque tous les organes, elles ont un caractère commun qui les réunit, c'est leur nature congestive et souvent hémorrhagique. C'est même pour cette raison que Cazalis donnait à l'arthritis le nom de *diathèse congestive*.

Ce caractère particulier, *congestif*, de l'arthritis se manifeste dès l'âge le plus tendre par des épitaxis, des congestions fréquentes vers la muqueuse respiratoire (coryza, angines, laryngite striduleuse, bronchites, etc.); par des dermatoses et des névralgies congestives; — à l'époque de la puberté et à la ménopause chez la femme, par des congestions utérines et des métrorrhagies qui ne reconnaissent pas d'autre cause; enfin, chez l'adulte et le vieillard, par des flux hémorrhoïdaires, des altérations fréquentes du système cardio-vasculaire dont une des plus importantes, les anévrysmes miliaires, donne naissance aux hémorrhagies des centres nerveux, si communes chez les arthritiques.

En général, les manifestations arthritiques se font remarquer par la rapidité de leur invasion et de leur disparition, par leur mobilité, leurs relations étroites avec les influences barométriques, par une certaine périodicité, et aussi par leur apparition le plus souvent nocturne, et cette singularité se retrouve le plus souvent dans les hémoptysies et les congestions pulmonaires, et différencie ainsi ces accidents de ceux qui reconnaissent pour cause la tuberculose : on comprend quelle est l'importance de ce diagnostic.

M. Huchard cite trois observations de sujets arthritiques suivis pendant trente, vingt-cinq et vingt ans, qui ont eu des hémoptysies fréquentes, sans tuberculose. Il cite encore quatre ou cinq faits du même ordre, mais dont il ne veut pas se servir, parce qu'ils n'ont pas reçu l'épreuve du temps.

Il passe en revue les objections qu'on pourrait lui opposer et, concluant que l'opinion de Pidoux, qui veut qu'une hémoptysie siège où existe une prédisposition tuberculeuse, n'est nullement prouvée, il aborde franchement la question de l'antagonisme de la tuberculose et de l'arthritisme. Sans nier la réunion possible des deux diathèses, M. Huchard croit au développement des hémoptysies comme manifestation arthritique chez des sujets non tuberculeux, et met sur le compte de la même diathèse l'hémophilie et l'hémoptysie gravide.

Au point de vue *clinique*, les congestions pulmonaires, d'origine arthritique, présentent des variations importantes. C'est ainsi que les unes surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire; elles sont généralisées (auquel cas elles sont graves et peuvent même prendre un caractère foudroyant) ou partielles (elles sont alors ordinairement bénignes).

Les autres, peut-être les plus fréquentes, et en tous cas les plus intéressantes, en raison des nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles elles donnent lieu, surviennent en dehors de toute manifestation articulaire, chez les arthritiques et surout chez les *arthritiques viscéraux*.

Il y a deux formes différentes :

1° La forme *mobile aiguë*. Causée le plus souvent par un refroidissement, elle se traduit le plus fréquemment par des hémoptysies, avec symptômes d'une congestion pulmonaire qui peut avoir des sièges différents, à la partie moyenne de la poitrine, à la base, *et même au sommet*.

Mais, d'autres fois, l'hypérémie pulmonaire ne va pas jusqu'à l'hémorrhagie, elle se borne à un accès d'oppression très violent avec râles sous-crépitants, souffles, submatité, abolition des vibrations thoraciques qui font souvent croire à tort à l'existence d'une pleurésie.

2° La forme *fixe*, *chronique*, *latente*, plus particulièrement étudiée par le docteur Colin, de Saint-Honoré.

Le caractère particulier de cette forme de congestion, c'est de se montrer partout, à la base, à la partie moyenne de la poitrine, comme dans la région de l'aisselle et même assez souvent au sommet des poumons.

A l'objection qu'on pourrait lui faire de tuberculose à évolution lente, M. Huchard répond en citant les relations nécroscopiques qui démontrent l'existence de congestions pulmonaires, limitées au sommet, sans trace de tubercules, guéries ou en voie d'évolution dans le parenchyme pulmonaire.

D'une manière général, le *diagnostic* ne présente de difficulté réelle que pour les cas dans lesquels les phénomènes stéthoscopiques sont exactement bornés au sommet; c'est alors l'évolution qui juge exclusivement le cas.

La *traitement* est important. Il consiste à employer le sulfate de quinine, à petites doses, le salicylate de soude (1 à 2 grammes par jour longtemps prolongés), l'iodure de potassium à petites doses (20, 25 centigrammes), les dérivatifs intestinaux, les eaux arsénicales et sulfureuses faibles.

*
* *

Du taxis abdominal dans l'étranglement interne

S'appuyant sur deux faits, M. le Dr *Henrot*, de Reims, pense que l'on peut tirer un grand parti du taxis abdominal, dans l'étranglement interne, aux points de vue séméiologique et thérapeutique. Si, lorsque la résistance du plan musculaire de l'abdomen a cédé sous l'influence de narcotiques ou de la chloroformisation, on pratique le palper, et que l'on constate la présence d'une tumeur intra-abdominale de forme irrégulièrement arrondie qui n'existait pas avant le début des accidents, on peut immédiatement affirmer que les phénomènes de péritonisme ne sont pas le résultat d'une péritonite par perforation. Le début instantané des accidents, l'intensité de la douleur, les vomissements, la suppression des selles et des gaz par l'anus; l'altération de la face, le refroidissement des extrémités et la tension abdominale peuvent appartenir à l'étranglement interne ou au volvulus.

Si, par un taxis abdominal fait de la même façon que le taxis herniaire, on obtient une réduction avec bruit spécial, on peut affirmer qu'il s'agit d'un étranglement interne et l'on voit tous les troubles pathologiques disparaître par le seul fait de la réduction. Si, au contraire, à la suite de deux séances de cinq à dix minutes au plus, la réduction n'a pas été obtenue, il faut renoncer à tout espoir d'une guérison spontanée et intervenir chirurgicalement.

Voici d'ailleurs l'observation dont M. Henrot a donné connaissance au *Congrès de Rouen*. Un homme de quarante-trois ans, en se retournant brusquement dans son lit, ressent soudain comme un coup de pistolet dans le ventre; sur-le-champ, il se met à vomir des matières jaunes, bilieuses et sanguinolentes, il éprouve d'affreuses douleurs, il est pris de refroidissement et de frissons et n'émet plus de gaz par l'orifice anal. L'examen ne décèle pas de déformation abdominale; on perçoit seulement de la rénitence du côté droit, rénitence elle-même en partie masquée par la résistance excessive des parois. La constipation est absolue pendant deux jours. Sous l'influence des narcotiques, M. Henrot arrive à vaincre la contraction des muscles abdominaux et à délimiter une vaste tumeur qui s'étend, du côté droit, entre le foie et le milieu de la ligne ombilico-pubienne; il la malaxe, exerce une pression continue et progressive, sent, sous l'influence de ce taxis, la tuméfaction diminuer peu à peu et provoque enfin du gargouillement (craquement) suivi, comme lorsqu'on fait rentrer les hernies inguinales, d'un grand soulagement pour le malade. Une nouvelle séance, à laquelle il procède, à quelques heures d'intervalle, complète le traitement; cette fois, il obtient d'abord des selles liquides, puis des selles vraies : le ventre reprend sa souplesse.

Au point de vue séméiologique, le taxis abdominal fournit donc de précieuses indications, de même qu'au point de vue thérapeutique les deux succès remportés par M. Henrot dans deux cas d'une gravité extrême, — dans l'un d'eux même la gastrotomie avait été déjà discutée, — autorisent l'auteur à dire que le taxis abdominal chloroformique doit prendre une place prépondérante dans le traitement de l'étranglement interne.

* * *

Epidémie importée de fièvre typhoïde.

M. le Dr *Pineau* (d'Oléron) a pu remonter à l'origine certaine de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans l'île d'Oléron à la fin de l'année dernière; il profite du résultat intéressant qu'il a obtenu, pour attirer l'attention des membres du *Congrès* sur une importante question d'hygiène générale.

La maladie a été apportée de Paris par un employé de chemin de fer, arrivé à Château-d'Oléron au septième jour d'une fièvre typhoïde des mieux caractérisées. Presque tous les cas, qui se déclarèrent ensuite, se montrèrent dans un court délai, à compter de l'arrivée de ce malade et dans un rayon peu éloigné de la maison qu'il était venu habiter. Neuf personnes, d'âges assez différents, furent atteintes : trois de cinq à huit ans; quatre de douze à quinze ans; un de trente-cinq et un cinquante-deux ans. Un seul de ces malades a succombé, l'enfant de cinq ans.

Parmi ces neuf malades, cinq buvaient les eaux de puits très voisins de la maison contaminée, ou celles du puits même de cette maison.

L'Administration, dit l'auteur, devrait absolument s'opposer au déplacement des typhoïdiques, afin de les empêcher d'aller semer de tous côtés les germes de leur maladie. Sans doute, dit-il, un certain nombre de malades échapperaient probablement encore à ces mesures restrictives; mais la plupart d'entre eux, soldats, marins, employés d'administration, élèves des lycées, des écoles, etc., pourraient être contraints à y obéir et restreindraient, par suite, la propagation de la fièvre typhoïde. Il faudrait donc fournir à l'Administration les moyens de s'appliquer :

1° A restreindre autant que possible la *libre pratique* des typhoïdiques malades ou convalescents de trop fraîche date;

2° A faire rigoureusement désinfecter, le long du parcours et à l'arrivée dans leur nouvelle résidence, les matières fécales et les vêtements de ceux dont on n'aurait pas pu empêcher le déplacement.

* * *

Rupture de l'intestin par contusion de l'abdomen.

(*Société de chirurgie*).

Un homme vigoureux reçoit, au dessous de l'ombilic, un coup de pied de cheval, qui produit une douleur vive et du collapsus. Le lendemain de l'accident, le malade est pris de symptômes graves, vomissements verdâtres, refroidissement, etc.: le chirurgien, M. *Bouilly*, porte le diagnostic de péritonite par perforation intestinale, et considérant le malade comme perdu s'il n'intervenait pas, il se décide à pratiquer la laparotomie pour aller à la recherche de la plaie intestinale.

Après incision de la paroi abdominale, l'intestin fut dévidé, et l'on se trouva en présence d'une double lésion : une perforation, et, à une petite distance, une eschare brun foncé, prête à se détacher.

M. Bouilly réséqua l'anse malade, en comprenant dans l'incision un lambeau cunéiforme du mésentère. Suture de Lembert, 26 ou 27 points de suture.

Une amélioration marquée suivit l'opération; le troisième jour, le malade eut une garde-robe; la plaie abdominale se rouvrit et donna passage à une certaine quantité de matières fécales; néanmoins, l'amélioration de l'état général persistait à tel point que M. Bouilly songeait déjà à traiter l'anus contre nature, quand, le dixième jour, il explora, avec le doigt, cet orifice accidentel, pour se rendre compte de la situation des deux bouts de l'intestin. Bien que cette exploration eût été pratiquée avec les plus grandes précautions, le malade était, le soir même, repris de vomisse-

ments, et succombait le lendemain à une péritonite suppurée.

L'autopsie, outre la péritonite généralisée, permit de constater que les deux bouts de l'intestin s'étaient séparés depuis quelques jours déjà, les sutures ayant cédé, mais qu'il s'était fait des adhérences assez nombreuses pour empêcher le passage des matières fécales dans la cavité abdominale; mais comme les adhérences étaient peu solides, il est probable que le doigt explorateur a dû amener leur déchirure.

Pour intervenir en pareil cas, M. Bouilly estime qu'il faut; 1° être sûr que l'intestin a été rompu; 2° être moralement convaincu que l'accident sera fatalement mortel si l'on n'intervient pas.

Les signes classiques de la rupture de l'intestin sont connus; dans le cas de M. Bouilly, ils existaient tous, à part le météorisme, la sonorité superficielle, la distension rapide du ventre, phénomènes signalés par Jobert. Cependant, il faut bien savoir qu'il est à peu près impossible de distinguer la rupture intestinale d'une déchirure superficielle du foie, ne donnant pas lieu aux phénomènes graves de l'hémorrhagie interne. Il n'y a guère, pour se guider, qu'un signe inconstant, le siège du traumatisme; les ruptures de l'intestin se produisent dans les chocs sur la ligne médiane de l'abdomen (Longuet), l'intestin se trouvant serré entre le corps vulnérant et la colonne vertébrale.

La rupture de l'intestin est généralement mortelle; cependant on cite quelques cas de guérison. Le plus connu est celui que l'on doit à Jobert. Il s'agissait d'un homme qui avait reçu un coup de pied à l'épigastre. Deux mois après, il succomba à une hémoptysie. On constata à l'autopsie que l'intestin avait été déchiré et que la cicatrisation s'était faite, grâce à un petit lambeau d'épiploon qui avait contracté des adhérences avec la tunique séreuse de l'intestin.

M. *Berger* fait observer que M. Bouilly paraît être le premier qui ait ouvert le ventre à la suite d'une plaie de l'abdomen pour aller à la recherche de l'intestin blessé.

Jusqu'au commencement du siècle, l'intestin blessé et contenu dans la cavité abdominale était respecté. Cependant Larrey, à la suite d'une plaie de l'abdomen, débrida, introduisit le doigt dans l'abdomen et pratiqua l'anus contre nature, et son malade guérit. Baudens suivit la même pratique, qui est formellement conseillée par Legonest.

Relativement au manuel opératoire, M. Berger pense que, au lieu de pratiquer la simple suture de Lembert, on pourrait employer, en même temps, la suture du pelletier, dans le but d'établir des adhérences entre l'intestin suturé et les parties voisines; on aurait l'avantage de retarder la chute des sutures.

Les observations montrent que la fistule stercorale est de règle dans la suite de l'entérorrhaphie, de telle sorte que M. Berger se demande s'il ne conviendrait pas, dans les plaies de l'intestin, de suturer seulement une partie de l'intestin et d'établir une fistule stercorale d'emblée.

Quant à l'exploration et au traitement de l'anus contre nature, ce n'est qu'au bout de quatre ou cinq mois qu'il faut y songer.

M. *Verneuil* appuie les conclusions de M. Berger. Pour lui, les entérorrhaphies totales sont de mauvaises opérations; l'affrontement très exact des deux bouts est difficile, incertain, et, lorsque la réussite a eu lieu, il existe un rétrécissement. Donc, il faut tenter la guérison en deux temps: créer d'abord un anus contre nature; puis, guérir cette infirmité.

* *

Traitement de l'insuffisance aortique.

Voici, d'après une leçon clinique de M. le professeur Potain, résumée dans la *Tribune médicale*, les règles à suivre dans le traitement de l'insuffisance aortique :

Il y a à considérer, dans l'évolution et les progrès de la maladie, trois stades, trois périodes principales, pour y adapter aussi rationnellement que possible les règles d'un traitement opportun:

1° Dans un premier cas, le plus simple, qui correspond, d'ordinaire, au début de l'affection ou à un état stationnaire, l'altération des valvules étant minime, peu avancée, et la circulation s'accomplissant, grâce à une hypertrophie modérée, dans des conditions presque voisines des conditions normales, l'équilibre général étant, en conséquence, à peine dérangé, toute la thérapeutique se réduit à une surveillance vigilante, à l'emploi des moyens préventifs, à ce qu'on peut appeler *une bonne hygiène du cœur et de la circulation*: repos moral et physique le plus parfait, avec proscription de tout élément excitant (alcool, thé, café); séjour dans un climat doux, etc., etc.

2° Dans une deuxième alternative marquée par les menaces d'une marche en avant et plus ou moins rapide de la maladie, qu'annoncent le progrès de l'hypertrophie et l'aggravation sensible des phénomènes fonctionnels concomitants, il y a lieu de s'adresser à un médicament qui peut rendre, en ce cas, de réels services, non point, comme on l'a cru pendant longtemps, en agissant comme fondant et résolutif des parois musculaires du cœur — ce qui pourrait devenir fâcheux, — mais plutôt et mieux sur les tissus altérés de l'orifice aortique et de l'aorte elle-même; j'ai nommé l'*iodure de potassium.* On l'administre, en ce cas, à la dose de 0,25, à 0,30 centigrammes par jour; j'estime que le meilleur mode d'administration consiste à donner des doses fractionnées dans la journée, en commençant par la plus inférieure, pour atteindre progressivement la dose maxima, que l'on apprécie par les premiers signes d'intolérance et d'iodisme. On laisse alors l'organisme se reposer durant quelque temps, pour reprendre à nouveau la médication.

Il est certain que des résultats remarquables ont été obtenus — et j'en ai obtenu moi-même — par l'iodure de potassium; cependant, à raison de

l'action toxique, aujourd'hui bien démontrée, des sels de potassium, il y aurait peut-être lieu de lui substituer, dans le cas d'usage prolongé de la médication iodurée, le sodium, et d'administrer l'iodure de sodium.

Lorsque les symptômes précédents se compliquent des troubles nerveux multiformes qui surviennent à cette période de la maladie : douleurs précordiales, vertiges, céphalalgie, gastralgie, il faut s'adresser aux sédatifs généraux de la circulation et du système nerveux ; et c'est ainsi qu'intervient, avec opportunité, le **bromure de potassium**, a la dose de 1 à 4 grammes par jour.

3° Le troisième cas d'indication spéciale se réfère à l'apparition des phénomènes *d'asystolie*; et c'est alors, et seulement alors, que la *digitale* trouve sa véritable application, et qu'elle est appelée à rendre, presque autant dans l'insuffisance aortique que dans les affections mitrales, de signalés services. Mais il importe que cette application soit aussi bien conduite qu'opportunément réalisée, c'est-à-dire que l'emploi du médicament soit suspendu aussitôt que le but est atteint par le ralentissement suffisant du pouls et les menaces d'intolérance gastrique.

Enfin, si à la suite et habituellement par le fait de l'asystolie, on voit survenir des accès de suffocation, avec angoisse précordiale pénible et palpitations tumultueuses, et surtout de véritables accès d'angine de poitrine, il faut s'empresser de recourir à l'emploi des calmants nerveux les plus rapides, tels que chloroforme, éther en inhalations, vapeurs de datura, et particulièrement injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, en associant à ces moyens les révulsifs locaux (sinapismes, vésicatoires) sur la région précordiale.

COURRIER

Traitement de l'épididymite blennorrhagique.

Permettez-moi d'exposer aux lecteurs du *Concours* quelques observations que m'a suggérées le travail de notre savant confrère, le *Dr A. Rizat, sur la blennorrhagie*. J'ai eu occasion d'employer deux fois, d'après ses indications, le permanganate de potasse comme traitement de cette affection et je trouve qu'aucune médication ne m'avait donné de résultat aussi satisfaisant. Je voudrais que mes confrères du *Concours* l'essayassent et qu'ils nous fissent part de leurs observations.

A propos de l'épididymite, je viens vous exposer les résultats que m'a donnés l'appareil dit suspensoir Langlebert, qui est employé journellement à Lyon, et que le docteur Rizat n'indique que pour la fin du traitement.

Expliquons-nous bien d'abord sur ce qu'il faut entendre par *suspensoir Langlebert*; c'est un appareil qui se compose d'une bourse en toile beaucoup plus grande que celle des suspensoirs ordinaires. Chaque côté de la bourse présente une échancrure d'environ 4 centimètres de profondeur et autant de largeur, arrondie au fond. Les angles sont munis de cordons pour les rapprocher et serrer le suspensoir. De la partie inférieure de la bourse se détachent les sous-cuisses.

Il y a en outre un rectangle de toile caoutchoutée de 15 centimètres environ de largeur sur 20 centimètres de longueur, percée d'une ouverture circulaire, vers le milieu d'un des petits côtés, pour laisser passer la verge.

Voici comment on place l'appareil : On couvre tout le scrotum, du périnée à la verge, d'une épaisse couche de coton cardé; on pose, par-dessus, le rectangle de toile imperméable, en faisant passer la verge dans l'ouverture. On applique bien le tout sur les bourses, de manière à intercepter tout passage à l'air, puis, enfin on met le suspensoir. Après avoir attaché la ceinture, on fixe les sous-cuisses. On examine alors si le coton emplit bien la poche. Sinon, on recommence l'opération. Une fois que la poche est bien pleine, on attache les cordons des échancrures, en serrant modérément. Car, outre la sudation, il faut obtenir une légère compression, compression rendue élastique et régulière au moyen de la couche de coton. Tout cela est fort simple, mais demande beaucoup de petits soins, si l'on veut que le succès réponde à l'attente.

On peut d'ailleurs obtenir le même résultat avec un grand suspensoir que l'on échancrera convenablement et auquel on adaptera des cordons ; on peut aussi très bien remplacer la toile recouverte de caoutchouc par du taffetas ciré.

J'ai eu l'occasion, depuis deux ans, de l'utiliser quatre fois, toujours avec un succès inespéré,

La première fois, c'était chez un cocher. On vint me chercher à quatre heures du matin. Il avait une épididymite extrêmement douloureuse, ne pouvait pas se tenir debout. J'appliquai immédiatement un suspensoir Langlebert ; à onze heures du matin, il montait sur son siège et faisait son service comme à l'ordinaire, sans souffrir.

Quelque temps après, je fus appelé, à dix heures du soir, chez un employé de magasin, porteur d'une épididymite très douloureuse qui l'empêchait de remuer dans son lit. Même traitement; le lendemain il allait à son magasin, comme d'habitude.

La troisième observation, se rapportant à un jeune homme qui n'était tenu à aucun travail, offre moins d'intérêt, bien que la douleur ait disparu aussi rapidement. Il y a huit jours je vis un garçon jardinier pour une épididymite blennorrhagique. Je fis placer le suspensoir Langlebert et je prescrivis les injections de permanganate de potasse. Le lendemain il a repris son travail et n'a plus eu de

douleurs. Il y a trois jours l'épididymite était en voie de résolution et la blennorrhagie n'accusait sa présence que par un écoulement absolument indolent.

J'engage donc nos confrères à expérimenter ce traitement de préférence à tout autre. Mais pour réussir, il faut avoir *d'excellents suspensoirs Langlebert, et les appliquer soi-même.* Si on le jugeait utile, vu l'intensité de l'inflammation, on placerait quelques sangsues sur le cordon, avant l'application de l'appareil. Dr Lachize

à la Demi-Lune (Rhone).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'eau chloroformée en thérapeutique.

(*Dr de Beurmann*).

Mode de préparation. — Verser dans un flacon, aux trois quarts plein d'eau distillée, un excès de chloroforme; agiter pendant une heure environ, à plusieurs reprises, le mélange; puis laisser déposer le choloroforme jusquà *complet éclaircissement*; décanter. Il ne doit pas y avoir la moindre opalescence, sous peine d'action fâcheuse possible sur la muqueuse buccale. La proportion de chloroforme dissous est environ de 0,90 centigrammes pour 100 gr. de liqueur. C'est encore une solution trop concentrée: elle doit être prescrite, au moins pour la première fois, diluée de moitié d'eau (Lasègue et Regnauld).

Usages. — Contre les douleurs vives, les sensations nauséeuses des gastrectasiques, pendant le stade pénible de la digestion.

1° Eau chloroformée saturée....... 150 gr.
Eau .... 150 —

Une cuillerée à dessert au moment du malaise, de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à sa disparition. L'action est probablement en partie antifermentescible. L'eau de fleurs d'oranger, la teinture de badiane, l'eau distillée de menthe constituent des adjonctions heureuses; en voici les formules variées :

2° Eau chloroformée saturée....... 150 gr.
Eau de fleurs d'oranger........ 50 —
Eau .... 100 —

3° Eau chloroformée saturée....... 150 gr.
Teinture de badiane.......... 5 —
Eau .... 145 —

4° Eau chloroformée saturée....... 150 gr.
Eau distillée de menthe........ 30 —
Eau .... 120 —

Ces mélanges réussissent dans les vomissements nerveux, ceux de la grossesse et contre les douleurs qui accompagnent les affections organiques. L'eau chloroformée est aussi un topique calmant les douleurs dentaires.

Voici quelques formules dans lesquelles l'eau chloroformée sert d'excipient; et, par sa saveur son inaltérabilité, remplace avantageusemement juleps et potions :

5° Eau chloroformée saturée....... 60 gr.
Eau de fleurs d'oranger.......... 60 —
Sirop de morphine............. 30 —

6° Eau chloroformée saturée....... 80 gr.
Eau de fleurs d'oranger.......... 20 —
Sirop d'opium................ 50 —

7° Eau chloroformée saturée..... } āā 50 gr.
Eau.................... }
Eau de fleurs d'oranger....... 20 —
Sirop de morphine.......... 30 —
Bromure de potassium...... 1 —

Pour les *jeunes enfants* auxquels il importe de ne présenter que des médicaments d'un goût agréable, on prescrira la potion ci-dessous, qui sera en général facilement acceptée :

8° Eau chloroformée saturée..... } āā 50 gr.
Eau.................... }
Eau de fleurs d'oranger....... 20 —
Sirop diacode............... 30 —
Bromure de potassium...... 1 —

La potion ci-dessous atténue notablement le goût si pénible du chloral :

9° Eau chloroformée saturée....... 100 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères.. 50 —
Hydrate de chloral............ 2 —

De même pour le salicylate de soude :

10° Eau chloroformée saturée.... } āā 50 gr.
Eau .... }
Eau distillée de menthe...... 20 —
Sirop de sucre.............. 30 —
Salicylate de soude........ 4 à 8 —

On sait combien sont difficiles à faire les potions au perchlorure de fer. La formule suivante paraît réunir les avantages d'un dosage facile et stable et d'une sapidité satisfaisante :

11° Eau chloroformée saturée.... } āā 65 gr.
Eau.................... }
Eau de fleurs d'oranger...... 20 —
Solut. officin. de perchl. de fer X à XX gout.

Une dernière formule, recommandée par le professeur Lasègue, constitue un *drastique hydragogue*, toléré indéfiniment, pour décharger la circulation veineuse embarrassée, par exemple, dans le cours d'accidents asystoliques liés à une cardiopathie :

12° Eau chloroformée saturée....... 100 gr.
Eau de fleurs d'orangers......... 50 —
Gomme gutte................ 1 —
Emulsionner avec soin.

Une cuillerée à potage tous les jours ou tous les deux jours, le matin.

(*Extrait du Bulletin de thérapeutique*).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

3 Novembre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 44

SOMMAIRE

LA RÉVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE

Un décret, daté du 1er août 1883, a modifié, dans une large mesure, les *conditions exigibles des aspirants à l'officiat*. Il leur impose l'obligation de présenter, dès la première inscription, le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, ou le certificat d'examen de grammaire *complété* par un examen sur les éléments des sciences; en outre, il porte à quatre années la durée des études (comme pour le doctorat), et à trois années la durée du stage hospitalier, qui n'est que de deux années pour le doctorat.

Ainsi, le Conseil supérieur de l'instruction publique a été d'avis qu'il fallait diminuer les facilités que présentait encore l'accès à l'officiat, et prolonger le temps que les médecins du second ordre consacrent aux études médicales. En augmentant, dans une aussi forte proportion, les dépenses de temps et d'argent qu'ils auront à faire désormais, le Conseil supérieur, — qui n'ignore certainement pas que toute difficulté ajoutée au programme de l'officiat s'est toujours traduite immédiatement par une diminution dans le nombre des aspirants à ce titre, — semble avoir voulu rapprocher les officiers de santé des docteurs en médecine, par l'égalité des études médicales, sinon par l'égalité des droits professionnels, de telle façon qu'il devienne bien évident pour tous qu'à moins de vouloir être la dupe des réglements et décrets il n'y a plus aucun motif sérieux pour embrasser la carrière de l'officiat.

Le diplôme d'officier de santé devient en effet, sauf les études antérieures, presque aussi difficile à obtenir que celui de docteur, mais les droits qu'il confère restent les mêmes.

Voilà donc le recrutement des officiers de santé bien et dûment entravé par décret : pourquoi ne pas oser l'arrêter résolûment par une loi? Ce serait non-seulement plus franc et par conséquent plus digne, mais aussi plus équitable.

Nos lecteurs se sont peut-être étonnés de voir que, jusqu'ici, nous avions laissé passer, sans le moindre commentaire, d'aussi importantes modifications apportées à notre profession. C'est que le moment des vacances n'était pas favorable à une semblable discussion et que, au lieu de discuter, mieux valait encore agir.

Notre honorable confrère, le Dr *Chevandier* député de la Drôme, nous avait, en effet, prévenus qu'il profiterait des vacances parlementaires pour mettre en œuvre les résultats obtenus par la Commission du *Concours* et édifier une *proposition de loi* qui pourrait être déposée à la rentrée des Chambres.

M. Chevandier a tenu parole, et, le jeudi 18 octobre, le président de la Commission de révision nommée par le *Concours*, M. Cézilly, invitait les membres de cette Commission à venir entendre la lecture du projet définitif de notre confrère.

L'honorable député de la Drôme s'est amplement servi du Rapport rédigé, au nom de la Commission, par le Dr Geoffroy, et il le déclare avec la plus grande sincérité et de la façon la plus bienveillante pour nous, dès les premières lignes de son Exposé des motifs. Il avait d'ailleurs, que personne, le droit de réclamer cette aide, de faire ces emprunts, puisqu'il a lui-même pris une part très active aux travaux de la Commission.

Nous pouvons donc dire que, d'une façon générale, le projet du Dr Chevandier diffère peu de celui de la Commission; sur bien des points son exposé des motifs reproduit ou résume notre Rapport; sur quelques-uns cependant, M. Chevandier s'est séparé de nous, en apportant des développements ou des modifications de détail qui lui appartiennent en propre.

A l'unanimité, la Commission du CONCOURS MÉDICAL *a donné son approbation au projet du Dr Chevandier*, et son rapporteur se félicite de ce que son travail ait pu faciliter la tâche de l'honorable député.

Nous publierons, in-extenso, la proposition de loi du Dr Chevandier, dès qu'il l'aura déposée sur le bureau de la Chambre des députés, et nous enverrons aux membres de la Commission parlementaire, ainsi qu'aux médecins-députés, notre propre Rapport, lequel constitue, à côté du Projet parlementaire, un important recueil de faits et de discussions qui, en facilitant singulièrement les travaux des commissaires, pourra peut-être hâter le moment de la discussion publique.

Nous ne terminerons pas sans adresser les plus vives félicitations à notre excellent confrère, le Dr Chevandier : quel que soit le résultat parlementaire qu'il obtienne, il aura bien mérité du corps médical, et aura donné un bon et salutaire exemple à ses confrères du Parlement. Quant à nous, est-il besoin de le dire? nous souhaitons et espérons pour lui un grand et légitime succès.

Le résultat ne saurait, en effet, être douteux, si les membres du corps médical, si surtout les SYNDICATS actuellement constitués, obéissant au signal donné par leur confrère, se décident à s'occuper sérieusement de leurs affaires.

Si, au moment où la discussion deviendra publique, les *syndicats* organisent, dans leur sein, et en dehors d'eux, un vaste mouvement de pétitionnement; si, dans tous les départements, les médecins agissent sur leurs députés respectifs, cette *légitime agitation* aura une influence certaine sur les travaux et les décisions des membres de la Chambre des Députés. C'est une campagne qui demandera à être menée vivement, et pour laquelle il n'est pas inutile de se préparer dès maintenant : les Bureaux des Syndicats comprendront sans aucun doute l'utilité de notre recommandation : c'est à eux qu'il appartient de donner l'exemple au reste du corps médical. . . . .

La Commission de révision du *Concours* reprendra la suite de ses études, dès que l'accueil fait à la première partie de son œuvre l'aura encouragée à continuer sa tâche. C'est alors, seulement, qu'elle abordera la question des honoraires médico-légaux et le fameux décret de 1811.

Pour le moment, et vu les circonstances actuelles, il eût été au moins imprudent de joindre à la révision de la législation, sur laquelle on peut nous donner satisfaction sans qu'il en coûte un centime au pays, la révision d'un décret que l'on pourrait accuser d'augmenter, dans une proportion bien minime, il est vrai, l'instabilité de l'équilibre budgétaire.

Dr J. GEOFFROY.

BULLETIN

Il n'y a eu ni lecture, ni discussion à l'Académie de médecine, mardi dernier, la séance ayant été levée en l'honneur du Dr *Depaul*, récemment décédé à Pau, au troisième jour d'une pneumonie.

Le professeur Depaul, né en 1811, occupait brillamment, depuis 1861, la chaire de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris. C'était un maître fort habile, aussi bien dans la pratique que dans l'enseignement de l'obstétrique. Nous n'avons que deux reproches à lui faire: celui de s'être obstinément refusé à laisser créer, à côté de lui, une seconde chaire de clinique obstétricale (1), à une époque où il n'y avait pas de services d'accouchements organisés dans les hô-

(1) Nous prions le lecteur, qui aurait oublié les faits, de se reporter aux articles que nous avons publiés dans le *Concours médical* 1881, p. 279 et 318 (Bulletin).

pitaux de Paris; celui, enfin, d'avoir toujours repoussé l'introduction des pansements antiseptiques dans la pratique des accouchements.

Dès la rentrée, les Bureaux du Sénat ont nommé la Commission relative aux *Syndicats professionnels.*

On se rappelle que le Sénat avait, contrairement aux premières décisions de la Chambre des députés, maintenu l'article 416 du Code pénal, article punissant de l'emprisonnement les personnes qui, par suite d'un plan concerté, auraient porté atteinte au libre exercice de l'industrie ou du travail.

C'est là un point qui intéresse peu les Syndicats médicaux; mais, en outre, et ceci nous importe davantage, le Sénat avait repoussé la *fédération des Syndicats professionnels*, adoptée par la Chambre.

La Chambre des députés, au mois de juillet dernier, a rétabli la suppression de l'article 416 et l'autorisation donnée aux Syndicats professionnels de se fédérer.

C'est après avoir subi ces modifications que le projet est revenu une deuxième fois devant la Chambre haute.

Voici les noms des commissaires élus par les Bureaux du Sénat : MM. Barne, Tolain, *Testelin*, Millaud, *Naquet*, qui acceptent le projet tel qu'il revient de la Chambre; Dupuy de Lôme et Le Blond hostiles à la fédération des syndicats.

Il manque les commissaires des 5e et 6e Bureaux (1); mais, dès aujourd'hui, la majorité est acquise, dans la Commission, aux partisans de la fédération des Syndicats.

Dr J. GEOFFROY.

(1) Les deux derniers commissaires viennent d'être nommés : ce sont MM. Corbon, favorable, et Jouin, opposé. Sur les *neuf* commissaires, il y en a donc, en somme, *six* de favorables et *trois* d'hostiles à la fédération des Syndicats. — MM CORBON et MILLAUD (favorables) ont été élus président et secrétaire.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

THÉRAPEUTIQUE

Indications thérapeutiques de quelques maladies de la peau.

par le Dr Armand RIZAT.

Dans un travail publié, il y a quelques mois, dans les colonnes de ce journal (1), j'ai démontré par des faits que l'*eczéma*, le *lichen*, le *psoriasis*, l'*urticaire* et l'*herpès* avaient une origine nerveuse, ou, en d'autres termes, que ces maladies cutanées étaient des *dermatoses névropathiques* : c'est donc à la médication anti-nerveuse que nous devons demander leur guérison; et, dans cet ordre d'idées, la *quinine* et *l'arsenic* seront la base du *traitement interne* de ces dermatoses.

Quant au *traitement externe*, il consiste en *cataplasmes*, *bains*, *lotions*, *fumigations*, *frictions*. Cependant ces différents moyens ne s'appliquent pas à toutes ces affections citées plus haut, car, dans l'urticaire et dans l'herpès, on ne doit jamais faire prendre de bains. — Je reviendrai d'ailleurs sur le traitement de ces deux maladies. — Tandis que pour l'eczéma, le lichen et le psoriasis, les bains sont formellement indiqués; mais les bains d'amidon seulement, jamais de bains sulfureux.

A-t-on, par exemple, à traiter un eczéma aigu, on commencera par donner, pendant six à huit jours, le matin à jeun, des purgatifs légers; soit un verre à bordeaux d'eau minérale purgative, ou bien 20 grammes de citrate ou de tartrate de magnésie, soit encore une tasse de tisane préparée avec :

Pensées sauvages..........	10 grammes.
Follicules de Sené.........	4 grammes.
Eau.....................	1 litre.

Cette médication est plutôt dérivative que purgative : aussi deux ou trois selles sont-elles suffisantes. En même temps, on commencera le traitement proprement dit de la dermatose avec l'arsenic et la quinine. Ce dernier médicament, anti-névralgique par excellence, m'a rendu de grands services pour calmer les démangeaisons.

On peut employer ces deux agents à l'état d'*arséniate de quinine*, en pilules de 0,001 milligramme, de une à dix par jour, progressivement. Mais je préfère les employer mélangés par préparation pharmaceutique en *pilules* ou en *solution*.

Je formule les pilules ainsi :

Arséniate de soude.............	0,001 milliigr.
Valérianate ou sulfate de quinine.	0,01 centig.
Extrait de valériane }	ãã 0,05 centig.
Extrait de saponaire }	

pour une pilule, de une à dix par jour.

Quant à la solution on la fera préparer de la façon suivante.

D'un côté, on prépare :

Sulfate de quinine......	1 gr. 25 cent.
Eau distillée...........	100 gr.
Acide sulfurique.......	VI à VIII gouttes.

(1) Voir le *Concours médical* des 9, 16, 23, 30 déc. 1882 ; 3 mars et 17 avril 1883.

Et d'un autre côté :

Arséniate de soude........ 0,20 centigr.
Eau distillée............ 20 grammes.

On mélange ensuite ces deux solutions et l'on ajoute :

Sirop de saponaire........ 380 grammes.

On peut également se servir du *valérianate de quinine*, mais alors on fait préparer comme suit :

On fait dissoudre d'un côté :

Valérianate de quinine...... 1 gr. 25
dans alcool.................. 25 gr.

De l'autre :

Arséniate de soude.......... 0,20 cent.
dans eau distillée.............. 120 gr.

On mélange les deux solutions et l'on ajoute :

Sirop de saponaire............ 360 gr.

Si l'on préfère employer la liqueur de Fowler, on prescrira :

Valérianate de quinine.... 1 gr. 25 cent.
Alcool...................... 25 gr.
Liqueur de Fowler....... 6 gr. 25 cent.
Sirop de saponaire........ 480 gr.

Chaque cuillerée à soupe de ces différentes solutions contient :

0,05 centigr. de quinine.
et 0,007 milligr. d'arséniate de soude
ou 5 gouttes de liqueur de Fowler.

A cette médication interne, on adjoindra la médication externe consistant en bains d'amidon, et en frictions avec du glycérolé d'amidon.

Je dois, en passant, indiquer la manière de préparer un bain d'amidon. On ne doit pas se contenter de répandre l'amidon en poudre dans l'eau du bain, il faut faire un empois avec :

Amidon............... 500 grammes.

et on dissout ensuite cet empois dans l'eau du bain.

S'il s'agit d'eczéma des extrémités, on peut faire prendre des maniluves et des pédiluves avec l'eau amidonée, ou bien avec de la décoction de farine de graine de lin fraîchement pulvérisée. On emploiera également, dans ces cas là, des cataplasmes préparés avec de la fécule de pomme de terre ou d'amidon.

Enfin, il est un dernier moyen qui consiste à envelopper les parties malades avec de la toile de caoutchouc vulcanisé. Sous cette enveloppe imperméable, il se produit une abondante sudation qui est très salutaire.

Dans l'eczéma chronique, on pourra prescrire, suivant les conseils de MM. Lasègue et Regnauld, des bains au sulfate de zinc.

Sulfate de zinc............ 60 grammes.
Eau distillée............... 300 gr.

Lorsque l'eczéma est consécutif à la gale ou à toute autre maladie parasitaire, il faut, avant tout, détruire les parasites, et une fois ceux-ci disparus, on entreprend le traitement de l'eczéma : c'est perdre du temps que de vouloir tenter la guérison de l'eczéma avant la destruction de l'acare. Si les bains sulfureux et la friction sulfureuse sont douloureux dans l'eczéma, les traitements émollients sont sans effet contre les parasites qui continuent à se multiplier et à causer de véritables tortures aux malades.

(*à suivre*).

II
PATHOLOGIE

A propos d'un cas d'érythème scarlatinoïde généralisé.

par le Dr CH. LIEGEOIS
de Bainville-aux-Saules (Vosges).
Lauréat de l'Académie de Médecine.

Observation

Le 18 mars 1883, je fus mandé près d'une petite fille, âgée de dix mois, dont la maladie avait débuté une dizaine de jours auparavant par des vomissements (le lait était rejeté aussitôt après son ingestion) : triste, taciturne, l'enfant, d'ordinaire gaie, pleurait sans motif. Elle n'allait pas du ventre et avait la langue blanche en même temps que la peau chaude.

La mère me raconta que le 8 mars, en procédant comme d'habitude à la toilette de sa fille, elle avait été surprise d'apercevoir derrière chaque oreille une plaque d'un rouge intense gagnant la conque et le conduit auditif; le 9, un placard semblable, d'un rouge aussi intense, existait à droite et à gauche des parties génitales.

Du 10 au 14, tandis que l'érythème post-auriculaire se recouvre de quelques miliaires pyoïdes cohérentes, un cercle incarnat se développe autour du front, et des plaques comme érysipélateuses, mais dépourvues aussi bien de phlyctènes que de papules et de vésicules, se montrent, disséminées d'abord et bientôt confluentes sur la région lombaire principalement, puis sur le dos et sur les membres. La face et le ventre demeurèrent vierges de tout exanthème.

Le 18 mars, à ma visite, ces dernières localisations du mal sont au début de leur évolution; quant aux placards post-auriculaires, ils sont plus pâles, d'un aspect légèrement mélicérique dû à la rupture de quelques-unes des miliaires dont j'ai parlé.

L'état général est bon; la langue est blanche; l'enfant continue à vomir; je ne constate ni ganglions cervicaux, ni ganglions sous-maxillaires; le voile du palais et les piliers sont un peu injectés; les amygdales ne présentent rien d'extraordinaire; la constipation est opiniâtre. La peau est très-chaude et sèche; le pouls est à 124.

Je prescris :

5 paquets de calomel à 0 gr. 10 chaque. — Tous les matins un bain d'amidon qu'on fera suivre d'onctions à la glycérine sur les parties en voie de desquamation. — Matin et soir, dans le lait du biberon très étendu d'eau, une cuiller à bouche du sirop suivant: Bicarbonate de soude, 15 grammes, sirop simple, 250 grammes.

Huit jours après, la malade était presque guérie : le 25 mars, elle n'avait plus que quelques rougeurs dans les creux poplités, dans les aines et à la région fessière. Les placards érythémateux étaient remplacés par de larges *sandales* squameuses, très minces, aux bords enroulés et frisottés.

Le 1er avril, les squames, qui se montraient seulement dans les endroits encore érythémateux, le 25 mars, avaient fait place à de petites lamelles furfuracées. Ce résultat, indice d'une guérison prochaine, se fit attendre trois semaines au pourtour des parties génitales.

Le 15 avril, après une chute épidermique des plus abondandes, la guérison pouvait être considérée comme certaine.

RÉFLEXIONS.

A cet ensemble symptomatique, j'ai vite reconnu *l'érythème scarlatinoïde généralisé* décrit en 1877 par mon savant ami le Dr Colard fils (d'Ornans), dans sa thèse inaugurale (1).

Si je m'en rapporte à ce travail, je constate que la première observation d'érythème scarlatinoïde généralisé est consignée dans les *Ephémérides des curieux de la nature* (2), que Rayer (3) en signale deux cas, que M. Vidal (4), que M. Féréol (5) en ont publié chacun un exemple, que le professeur Hardy (6) le décrit sous le nom d'*érythème scarlatiniforme*, M. Derrecagaix (7) sous celui *d'érythème scarlatiniforme rhumatismal*, que Bazin (8) en fait une variété de *pityriasis aigu* disséminé, enfin que Wilson (9), Percheron (10) en font l'histoire, celui-là sous le nom de *dermatitis squamosa rubra*, celui-ci sous le nom de *dermatite exfoliatrice généralisée.*

Depuis qu'a paru la thèse de M. Colard, thèse contenant trois observations personnelles, je ne connais que deux auteurs qui soient revenus sur ce sujet : *Ritter* (de Prague) (11), en 1879, et M. *Hallopeau* (12), dans une communication à la Société médicale des hôpitaux. La dénomination employée par Ritter est celle de *dermatite exfoliatrice des nouveau-nés, érythème scarlatiniforme rhumatismal*, telle est celle dont se sert Hallopeau.

Le nombre relativement restreint des cas semblables (et M. Colard, lui aussi, insiste sur la rareté de l'érythème scarlatinoïde en France) ne nous faisait-elle pas un devoir de rappeler l'attention de nos confrères sur ce sujet de pathologie cutanée ?

Pour vider tout de suite la question de dénomination, je dois déclarer que les termes de *dermatitis squamosa rubra* (Wilson), de *dermatite exfoliatrice généralisée* (Percheron), de *dermatite exfoliatrice des nouveau-nés* (Ritter), me paraissent mieux adaptés à l'affection de ma malade que ceux de *pityriasis rubra aigu disséminé* (Bazin), d'*érythème scarlatinoïde* (Féréol, Colard), *scarlatiniforme rhumatismal* (Derrecagaix, Hallopeau), ou *non* (Hardy).

Mais, je me garderai bien de discuter sur des mots qui ont tous une valeur suivant le sens dans lequel tel ou tel cas clinique vous force à l'interpréter.

Ce que je tiens surtout à faire ressortir, c'est l'obscurité étiologique qui entoure notre cas personnel. M. Colard (1) le dit : « Les causes de l'érythème scarlatinoïde généralisé sont à peu près inconnues. » Sans doute nous pourrions invoquer les changements brusques de température si communs cette année; mais, où est la preuve qu'ils ont ici joué le rôle de cause occasionnelle ?

M. Derrecagaix s'est attaché à faire dépendre cet érythème de l'arthritis : le grand-père maternel de notre malade est un ancien instituteur goutteux; mais cette enfant est-elle pour cela une arthritique ? L'avenir seul pourra nous l'apprendre. Tout en reconnaissant avec M. Colard (2) que la nature rhumatismale de l'affection est au moins vraisemblable, je crois pouvoir avancer qu'elle n'est pas jusqu'à présent démontrée dans notre cas.

Les observations personnelles et empruntées à autrui que publie M. Colard, portent sur des malades de trente-cinq à quarante ans. Le sujet de notre observation est âgé de dix mois seulement; Ritter a vu la maladie chez des enfants plus jeunes encore, puisqu'il dit l'avoir rencontrée presque exclusivement pendant les premiers jours ou les premières semaines de la vie.

Notre observation clinique, mieux que toute description, met en relief les différents stades : *prodromique* — *éruptif* ou *érythémateux* — *exfoliateur* ou *pityriasique* de la maladie que nous étudions : nous n'insisterons donc pas.

(1) J.-Ch. Colard, *Contribution à l'érythème scarlatinoïde généralisé.* — Th. doct., Paris, 1877.

(2) *Ephem. nat. cur.* 1686, p. 396 déc. 2 an 5.

(3) Rayer, *Traité pratique des maladies de la peau*, T. II, p. 186 et suiv.

(4) Vidal, *Mém. de la Soc. méd. des hôp.* 1874, p. 256.

(5) Féréol. *Gaz. hebd.*, 1874, p. 770

(6) *Hardy*, Leç. sur les mal. de la peau, 1868. p. 34.

(7) Derrecagaix, Th. doc. Paris, 1874.

(8) Bazin, Leç. théor. et clin, sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse etc... rédigées et publiées par J. Besnier. 2e édition, Paris, 1868, p. 200.

(9) Wilson, traité des mal. de la peau, p. 180.

(10) Percheron, th. doct., Paris, 1875.

(11) Ritter, revue des sciences médicales, juillet 1879.

(12) Hallopeau *in Gaz hebd*, 1882, p. 691, au compte-rendu de la Société médicale des hôpitaux.

(1) Colard, loc. cit. p. 20.

(2) Colard, loc. cit. p. 120.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DE PENSIONS DU CORPS MÉDICAL BELGE

(MÉDECINS, PHARMACIENS ET MÉDECINS VÉTÉRINAIRES).

Assemblée générale du 26 septembre 1883. — Discours du Dr Schoenfeld, président du Conseil d'administration.

(*Fin*).

Pour notre institution, plus encore que pour l'association centrale de Paris, c'est le nombre qui doit assurer et affirmer la prospérité. Une propagande incessante, intelligente et variée, nous incombe à tous. S'il est impossible de vaincre la sécheresse de cœur, s'il est difficile et même impossible de discuter avec le parti pris, vous pouvez vous attaquer à l'inertie et à l'insouciance qui remet au lendemain la décision à prendre, le sacrifice (apparent et momentané !) à accomplir. Adressez-vous à la clairvoyance de l'épouse ou des enfants adultes ; enseignez aux intéressés la multiplication des épargnes par la seule action du temps, d'une administration économique et de placement de tout repos ; dissipez la crainte ridicule de perdre chez nous le fruit des économies péniblement acquises ; agissez sur les princes de la science dans les consultations et les rencontres fortuites, — à force d'être remuée et labourée, une terre stérile peut devenir féconde ; — exploitez hardiment, au profit de la Caisse, la reconnaissance de médecins et de pharmaciens aisés, auxquels vous aurez rendu des services professionnels ; entretenez de notre institution et de nos espérances des hommes influents.

Ce qui m'est complètement inexplicable, c'est l'abstention apathique de la plupart de nos pensionnés. Pour ceux-ci « c'est arrivé ; » ils ne se souviennent de notre œuvre tutélaire qu'en Novembre, à l'approche de l'échéance ; durant le restant de l'année, nulle propagande, ni en paroles ni par la plume ; nulle démarche pour gagner des adhérents. Nos amis devraient cependant savoir que se désintéresser de nos progrès, c'est diminuer la part proportionnelle qui leur reviendra chaque année.

D'autres mesures, de facile application, sont encore à recommander.

Il fut question, à l'assemblée générale de 1882, d'agents assureurs qui auraient un intérêt pécuniaire à éclairer et à convaincre les membres indifférents du corps médical. Des conférences, des articles de journaux, des annonces périodiques pourraient remplacer ces coûteux intermédiaires. A propos d'annonces, chez les Anglais, si scrupuleux sur le décorum médical, toutes les associations professionnelles se livrent à cette propagande par la voie de leurs grands journaux. L'assemblée générale de 1881 s'était ralliée à l'idée de faire paraître dans deux journaux politiques, de nuance différente, une annonce hebdomadaire, indiquant en quelques lignes l'existence et les avantages de la Caisse de pensions. Le comité-directeur avait même adopté une formule, et n'a reculé momentanément que devant les frais d'insertion. A mon avis, cette dépense serait plus productive et pas plus onéreuse que l'envoi réitéré de circulaires. On jette les circulaires, tandis qu'on lit et qu'on épluche le journal en famille.

Une certaine sévérité dans l'acceptation des nouveaux affiliés constitue un moyen d'obvier à l'augmentation du nombre des pensionnés. Dans les premières années, nous avons accueilli avec trop d'empressement tous les candidats, sans nous préoccuper de leur état de santé; de là des décès prématurés et des charges qui pèsent aujourd'hui sur notre revenu. La stipulation de l'art. 26 : « pourvu que l'infirmité n'ait pas existé avant l'affiliation » est insuffisante et inopérante. Je n'ignore pas qu'un examen physique, préalable à l'affiliation, est à peu près impossible; mais la présentation obligatoire par deux affiliés (art. 2), impose aux parrains l'obligation de s'entourer des renseignements voulus, pour affirmer que le récipiendaire est bien portant et ne porte le germe d'aucune affection incurable. Je me permets de suggérer à nos gérants l'idée de faire imprimer ces lignes sur le bulletin d'affiliation. Ce n'est qu'une mesure administrative, n'impliquant aucun changement aux statuts. Tous nos affiliés doivent entrer dans l'association avec des chances à peu près égales ; l'équilibre est rompu; il n'y a plus d'égalité ni de compensation de risques, lorsqu'un nouveau membre porte le germe d'une maladie à issue fatale, comme la phthisie, la folie, des dégénérescences, etc.

Dans la collation des pensions facultatives, nous devons être aussi sévères que justes. Je sais bien, et par expérience, qu'il est difficile de ne pas se laisser entraîner par les égards professionnels, de ne pas glisser sur la pente trop facile de la charité envers des affiliés jugés malheureux, de ne pas tempérer par plus ou moins de bienveillance la sévérité strictement légale. Il faut pourtant se rappeler que l'on dispose d'un fonds commun, propriété sacrée de tous les ayants-droit actuels et à venir.

Un autre point à recommander à la vigilance du Comité-directeur, c'est de ne pas accepter des démissions, sans faire de sérieuses représentations aux faillants. Le départ de ceux qui ne paient que péniblement leurs cotisations, constitue un salutaire débarras pour notre comptabilité, à moins que la Caisse de secours ne puisse faire en leur lieu et place les versements requis. Mais les démissions de membres solvables, données à la légère, par esprit d'économie, *ab irato*, ne peuvent être acceptées comme un fait licite et accompli. L'affilié a pris un engagement d'honneur et a contracté une obligation civile ; en requérant son inscription, il « déclare s'affilier à la Caisse de « Pensions et adhérer aux Statuts. » Il s'est donc engagé par écrit à verser annuellement la cotisation stipulée par l'art. 9, et il ne peut oublier la teneur de l'article suivant : « jusqu'à la reconnaissance de la « Caisse, l'engagement individuel des sociétaires a « pour garantie la loyauté des participants. » Il est indiscutable que si nous possédions cette reconnaissance légale, les récalcitrants serait judicairement contraints à continuer le versement promis.

Ces observations s'appliquent, dans toute leur force, aux membres honoraires qui, aux termes de l'art. 53, *ont assumé toutes les obligations des autres participants.* Un membre très estimé du Corps médical qui s'était librement joint à nous dans une pensée de charité confraternelle, s'est retiré cette année de notre association. Cet honorable confrère s'est visiblement trompé, s'il s'est cru le droit d'agir ainsi, et j'ose espérer avec vous que ces considérations juridiques l'engageront à ne pas persévérer dans une décision irréfléchie et injustifiable.

Vous voyez, Messieurs, que l'étude attentive de nos Statuts fournit des règles précises pour la bonne administration de nos intérêts ; qu'en suivant simplement la lettre de notre loi à tous, nous pouvons empêcher maintes déperditions de recettes. Le déclin passager de nos finances — car, ne pas progresser, c'est décliner — nous en fait un impérieux devoir : J'ai cru de mon devoir de sentinelle vigilante, de répéter encore une fois le cri d'alarme.

Sur 645 membres affiliés à ce jour, 173 (c'est-à-dire plus de 26 p 0/0) ont déjà quitté nos rangs : 102 par décès (avec une moyenne d'âge de 51 1/2 ans), 41 par démission, 24 par radiation et 6 pour infirmités précoces qui les ont fait admettre à la pension. Nous avons 99 pensionnés, dont bon nombre ne paient plus la cotisation annuelle. A ce chiffre respectable s'ajoutera, jusqu'en 1888, une moyenne annuelle de 6 pensions de droit, donc 30 de plus, sans compter les veuves et orphelins éventuels ; car dans les rangs des médecins comme dans la ballade « les morts vont vite ».

Vous savez que, jusqu'en 1880, la caisse n'a jamais payé que des pensions provisoires, dont le montant était fixé à un centième des recettes. — Leur impor total de 1871 à 1880 était de 8,163 fr.

Dans l'année sociale 1880-1881, nous avons payé 35,984 fr. à 62 pensionnés
1881-1882,
» 43,425 » à 72 »
1882-1883,
» 42,733 » à 85 »

et au 15 novembre prochain, nous paierons la somme de 49,618 fr. à 99 pensionnés. Le total des sommes payées en 4 années est de fr. 171,760 qui, jointes aux pensions provisoires, font l'énorme capital de 179,923 fr, soit 180,000 fr., contre 108,550 fr., total des cotis fournies par nos pensionnés. A la fin de 1883, ils auront donc reçu 71,373 fr de plus qu'ils n'ont versé. Pour les amateurs de chiffres, j'ajoute que les démissionaires ont dû abandonner à la caisse 9,896 fr. et les biffés pour non paiement 3,712 fr., en tout, plus de 13,600 fr. auxquels s'ajointe à peu près le triple de cette somme, import des versements faits par des participants décédés et ne laissant ni femmes ni enfants à pensionner. — Les dons faits à nos deux caisses s'élèvent à 18,450 fr. : 10,528 pour la Caisse de pensions et 7,922 fr. pour la Caisse de secours.

Si cette année-ci le chiffre de nos pentionnés a augmenté, celui des donateurs se trouve en diminution sensible : la Caisse de pension n'a reçu que 100 fr., la Caisse de secours 527 fr. La comparaison avec la générosité du corp médical français est humiliante pour la Belgique qui possède tant de médecins et de pharmaciens opulents !

Je vous ai exposé avec franchise nos *desiderata.* Je termine toutefois en vous affirmant que nous pouvons envisager l'avenir avec sérénité et que notre œuvre s'édifie sur des fondations solides. Des centaines de veuves et d'orphelins béniront un jour la mémoire de ceux qui se sont dévoués à la mission moralisatrice, de réunir les membres épars du corps médical Belge sur le terrain de la prévoyance, et cela, sans nous immiscer dans aucune doctrine scientifique ou politique, sans nous inféderer à aucune école, à aucune coterie. Bien que nous n'ayons pas atteint la perfection, nous pouvons dire hautement que, chez nous les sentiments généreux et dignes répondent aux souffrances que tout observateur non prévenu peut constater dans le corps médico-pharmaceutique ; qu'une organisation pratique, un mécanisme simple se trouvant au service de ces sentiments; que nous avons assuré, autant que faire se pouvait, sous notre législation, la sécurité de nos capitaux et la perennité de notre institution.

Nous ne sommes pas des assureurs mathématiciens, sachant calculer toutes les chances de mortalité, d'accidents et de survie. Nous ne pouvons, à l'instar des sociétés d'assurances, refournir des capitaux à tout âge, calculer avec précision le produit des mises de chaque adhérent, racheter les polices de ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas continuer leurs versements. Nous ne voulons pas nous entourer d'un état-major de commis spéciaux, ni accorder des remises plantureuses aux intermédiaires. Forcés de nous en tenir aux grandes lignes, nous préférons administrer économiquement notre fortune, dont le revenu, forcément croissant, assure la continuité de nos opérations, quoiqu'il advienne. Notre institution vivra et prospérera, malgré les prédictions sinistres qui ont salué sa naissance et dont l'écho va en s'affaiblissant. Sous la conduite d'habiles pilotes, la *Caisse de pensions du corps médical Belge* avancera contre vents et marées : *fluctuat nec mergitur !*

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De l'emploi du sublimé corrosif en solution pendant l'accouchement et les suites de couches, par Ollivier.

Sur un nombre de 530 malades, M. Tarnier n'a eu à enregistrer qu'un décès par péritonite, depuis qu'il emploie la solution de sublimé corrosif comme antiseptique (1). Les élèves et les personnes préposées aux soins des malades se lavent les mains avec cette solution ; elle sert encore aux la-

(1) V. *Conc. méd.* 1883, n° 25 p. 290.

vages généraux, vulvaires, aux injections vaginales des femmes en travail, au pansement des femmes en couches malades. On l'a même employée en injections intra-utérines. Les doses employées sont de 1 gramme pour 2,000 grammes d'eau. M. Tarnier pense s'en servir pour désinfecter les matelas et autres pièces de literie. Les résultats obtenus sont excellents, ils semblent indiquer la supériorité de cet antiseptique sur les autres aujourd'hui en usage. On n'a observé aucun cas d'intoxication hydrargyrique. Quelquefois, à la suite des pansements vulvaires, de l'érythème des cuisses est survenu ; il est facilement guéri en saupoudrant la région malade avec de la poudre d'amidon, plus facilement guéri que l'érythème observé à la suite des pansements phéniqués. (*Revue des sciences médicales et Lyon médical*).

* * *

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la lotion du col utérin avec la solution de nitrate d'argent.

Le professeur Braun (de Vienne) rappelle un un cas dans lequel il fut appelé en consultation auprès d'une femme moribonde, arrivée seulement à la moitié de sa gestation, et que des vomissements incoercibles avaient réduite au dernier degré de la faiblesse. Le médecin traitant avait décidé de faire la délivrance artificielle comme dernière ressource. Le professeur Braun conseilla au préalable de baigner la portion vaginale du col dans une solution au 10e de caustique lunaire. Ce qui fut fait ; puis la surface fut rapidement séchée pour prévenir une cautérisation ultérieure. Le succès du traitement fut si grand et immédiat, qu'une heure après la malade put manger avec plaisir une tranche de veau, et que les vomissements cessèrent à partir de ce moment. Le professeur Braun pense que l'hyperémésie devrait être rayée de la liste d'indication de l'avortement provoqué. Il n'a jamais observé un cas de mort par vomissements incoercibles. En France, on a recours fréquemment à l'avortement pour faire disparaître ce symptôme, on observe que les vomissements ne sont arrêtés que dans les quarante centièmes des cas seulement, tandis que dans dix cas sur cent l'opération est fatale. (*Bull. thérap.*)

* * *

Emploi de l'Ipéca dans les accouchements laborieux.

L'administration de l'ipéca pendant le travail de l'accouchement a deux indications. L'ipéca, donné à la dose de 25 centigrammes à 2 ou 3 reprises et à 20 minutes d'intervalle, est un des meilleurs moyens qu'on puisse employer contre la rigidité spasmodique du col utérin.

Ce médicament est encore une ressource précieuse dans les cas où l'on a affaire à des contractions excessivement douloureuses, mal coordonnées, dont l'effet utile n'est pas le moins du monde en rapport avec l'intensité de la souffrance accusée par la patiente. En pareille circonstance, l'ipéca, donné comme dans le cas précédent, amène une sédation presque instantanée, et ces douleurs, tout en étant beaucoup moins pénibles qu'auparavant, n'en amènent pas moins beaucoup plus rapidement la dilatation de l'orifice utérin et l'expulsion du fœtus.

* * *

L'accouchement à Honolulu.

Les sages-femmes de Honolulu sont généralement de vieux Canaques. Quand l'accouchement menace, et dès les premières douleurs, l'opérateur prend la femme sur ses genoux et il frotte vigoureusement, avec les deux mains, le ventre de la malheureuse, jusqu'à la venue de l'enfant, qui tombe à terre entre les pieds de l'accoucheur.

Il coupe ensuite le cordon qu'il laisse en général très-long. Après cela, on remet la femme sur ses pieds et *l'homme-sage* lui saisit la langue en tirant dessus jusqu'à produire les vomissements ; ce dernier temps est destiné à provoquer l'expulsion du placenta. Finalement l'accouchée va prendre un bain de mer et tout est dit.

Il paraît que ces procédés sont très suffisants pour amener au jour les enfants indigènes ; lorsque l'accouchement présente quelques difficultés, les femmes en travail savent tout de suite que leur fruit sera un métis de blanc, à cause de la grosseur de la tête ; cela leur sert de criterium et les dispense de tout autre examen de conscience.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

Des méthodes hydrothérapiques dans les maladies aiguës de l'enfance. — *Professeur Heubner, Leipzig.*

On enveloppe les malades de linges humides, lorsque l'on se propose de diminuer la fièvre. Chez les enfants, la plus grande portion de la superficie totale du corps est représentée par le tronc, par conséquent, si l'on peut diminuer la température de cette partie, on aura obtenu un résultat important dans les maladies fébriles aiguës. Le linge plié, trempé dans de l'eau à + 16, puis exprimé, est appliqué sur la poitrine, le ventre et les cuisses, les deux extrémités de la toile sont repliées et enfoncées dans les côtés du tronc. Cependant, chez les tout jeunes enfants, on enveloppe seulement le dos et la poitrine. Par-dessus les compresses, on met une étoffe de laine ou de tafetas ciré. Les applications froides sont renouvelées toutes demies heures quand la température est à + 40, toutes les heures quand elle ne dépasse pas + 39, 5, et cela toute la journée ou au moins durant plusieurs

heures. Les grande bains froids ou frais (Ziemsen), sont d'un effet plus puissant, mais moins durable ; comme, toutefoie, plus les enfants sont jeunes, moins ils supportent le froid, il est prudent de n'employer que les bains de la deuxième catégorie. On mettra alors le petit malade dans un bain chaud à + 35 environ, qu'on ramènera vers + 23 en ajoutant de l'eau froide à mesure ; la durée de ces bains sera de 5, 10, 15 minutes. Leur effet se fait sentir pendant près de 2 heures. On pourra les combiner avec les applications froides, quand l'on voudra ne pas baigner aussi souvent dans les fièvres continues. Cette méthode s'emploie surtout dans la pneumonie aigue croupale, dans la fièvre typhoïde à sa première moitié, dans la scarlatine des premières semaines, dans l'hérisipèle. On ne s'en sert pas dans les maladies catarrhales et dans la rougeole.

La fièvre diminue beaucoup chez les enfants de moins de 4 ans lorsqu'on les enveloppe tout nus du cou aux jambes, dans des linges trempés dans de l'eau à + 18 ou + 20, recouverts d'une couverture de laine ; mais il faut recommencer au bout de 20 ou 30 minutes de façon à obtenir quatre à six reprisee dans l'espace de deux heures). La chute de la température pouvant amener des collapsus, il faut être très prudent, et ne pae opérer plus de deux fois par jour au maximum. On donnera des toniques. La méthode est indiquée surtout dans la pneumonie croupale aiguë, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la méningite, l'érysipèle, dés que la température dépasse 40, 5 ; et aussi dans les affections moins graves telles que l'angine tonsillaire, la fièvre dentaire, la fièvre aprée insolation, quand on prévoit l'imminence d'une température élevée. Généralement des séances de deux heures suffisent.

Un deuxième mode d'emploi de l'hydrothérapie, est la méthode dérivative et sudorifique. Dans les hyperémies et les modifications inflammatoires des organes, par exemple dans la pharyngite, la laryngite, la pleurésie, la pneumonie, la bronchite diffuse, on se sert des fomentations de Priessnitz. Comme dans le procédé, par le linge froid, on entoure le malade d'un linge chaud et humide, seulement la couverture de laine enveloppe tout le corps étroitement sans être serré, et reste en place d'une heure à une heure et demie ! Ces fomentatione sont utiles, surtout dans les inflammations catarrhales du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon. Ordinairement, dans les bronchites capillaires et les pneumonies catarrhales qui suivent si volontiers la rougeole et coqueluche, on voit l'exsudat de petites bronches disparaître, la respiration devenir plus facile, la dypsnée s'évanouir, le pouls et l'état général s'améliorer. Ici aussi, on se gardera de plus de deux applications par jour, une seule suffit. Après la séance, on donne un bain tiède, ou bien, on essuie complètement l'enfant et on entretient la transpiration, par des boissons alcooliques chaudes. Lorsqu'on désire augmenter la révulsion, on peut tremper le linge dans une eau sinapisée, 150 grammes de farine pour un et demi à deux litres d'eau. Il est évident que les fomentations chaudes trouvent aussi leur emploi dans la laryngite phlegmoneuse, le pseudo-croup et les néphrites.

Les aspersions froides sont le moyen le plus énergique de stimuler la sensibilité réflexe du bulbe, quand elle est troublée par une fièvre intense et des troubles infectieux ou chroniques de la nutrition, et aussi de régulariser les mouvements respiratoires et les fonctions du cœur. Le malade étant dans un bain chaud, on l'asperge trois à six fois, à de courtes reprises et d'un peu haut, avec de l'eau à + 12 ou + 16. L'atelectasie, l'agglutination des bronches, la faiblesse cardiaque, et avant tout, l'adynamie congénitale, sont justiciables de cette méthode. Par occasion, on aura lieu de s'en servir dans la fièvre typhoïde, la scarlatine et lee pneumonies, mais ce sera toujours une arme très puissante partout où l'on aura à vaincre l'inertie respiratoire, comme dans la bronchite capillaire et le pseudo-croup.

(*Extrait de la Deutsche Medicinal Ziteung.*)

* * *

Exposition internationale à Vienne. Quelques produits : Piper Methysticum Kava Kava. — *Famille des Pipéracées.*

Cette plante, originaire des îles de l'Océan Pacifique, y est employée depuis longtemps dans le traitement des gonorrhées; elle paraît très efficace. Les indigènes s'en servent auesi contre le rhumatisme, la bronchite et les érythèmes érysipèlateux. L'effet de la racine de kava est proportionné à la dose. En petite quantité, elle est tonique et stimulante ; à plus forte dose, elle produit une ivresse analogue à celle de l'alcool, mais plus tranquille, avec une grande tendance au sommeil et aux rêves. Celui qui en a pris n'est pae excité et ne devient pas querelleur. On en prend tous les jours deux à trois fois daus un verre d'eau. Vingt minutes après la première dose, survient une forte envie d'uriner, l'urine eet abondante, claire et incolore. La douleur de la miction disparaît, et fait place à un sentiment de bien-être. Le kava est aussi un tonique amer. Il est agréable à prendre, il stimule l'appétit, ne derange pas la digestion, et ne provoque pas ni diarrhée ni constipation.

Préparation exposée : un extrait liquide avec alcool de 66, dose de 20 à 60 gouttes (un à trois grammes).

Piscidia Erythrina. Jamaïca Dogwood (famille des légumineuses) ; pays d'origine, la Floride. Les recherches physiologiques du professeur Ott paraissent devoir assigner un rang spécial dans la matière médicale, et accorder une valeur thérapeutique réelle à cette plante. M. Ott dit que son action est égale à celle de la morphine, et le repos qu'elle procure analogue à celui provoqué par le bromure de potassium. Expérimentant sur lui-même, il prit une demi cuillerée d'extrait liquide et sentit peu à peu une forte envie de dormir. La pupille était dilatée. Trois heures après, l'effet était dissipé et i se sentit aussi bien qu'auparavant, n'éprouvant aucun malaise, pas même cette excitation spéciale qui suit l'absorption de l'opium. Ces nombreux essais portent M. Ott à conclure que nous avons dans cette plante un narcotique puissant, n'offrant aucun des inconvénients de l'opium. Comme la morphine, le Dogwood stimule les centres vaso-moteurs, ne contracte pas la pupille, et tout en partageant avec la belladone la propriété de la dilater, diffère d'elle dans ses effets. Il ne peut donc pas être classé avec ces deux substances, et mérite une place à part.

On ne peut cependant pas admettre que son action soit toujours aussi agréable que le dit M. Ott. Les médicaments agissent suivant les dispositions particulières et c'est surtout l'histoire des narcotiques. Il faudra donc

encore déterminer par des expériences cliniques quel est le produit qui agit le mieux, en présentant le moins d'inconvénients. L'attention des praticiens une fois appelée sur la piscidia érythrina, on sera bientôt fixé sur sa véritable valeur.

Préparation exposée : un extrait liquide avec alcool à 80, dose de 2 à 4 grammes.

Extrait du Medizinisch-Chirurgisches Central Blat de Vienne. Dr FISCHER.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DE COMPIÈGNE.

Réunion

Le dimanche 23 octobre, a eu lieu, à Compiègne, sous la *Présidence* de M. le Dr LESGUILLONS, une nombreuse réunion des médecins de l'arrondissement. Vingt-deux sur trente, avaient envoyé leur adhésion à la Constitution d'un Syndicat.

Les statuts ont été adoptés, après discussion. On a nommé un bureau provisoire.

Président, M. CONNÉTABLE, de Pierrefonds. — *Vice-Président*, M. LESGUILLONS, de Compiègne. — *Secrétaire-Trésorier*, M. CHEVALLIER, de Compiègne.

Le DIRECTEUR DU CONCOURS, qui avait été prié d'assister à la séance, a été nommé *Président d'honneur*. Il en adresse ses remerciements à ses confrères; ces témoignages lui sont toujours précieux, puisqu'ils s'adressent également à la Société qu'il dirige. C'est reconnaître que la voie dans laquelle la Société est engagée, est une voie radicale et confraternelle.

Une Assemblée générale ultérieure devra confirmer les décisions prises par la réunion du 23 octobre.

Les membres du nouveau Syndicat ont jugé néanmoins opportun de prendre, séance tenante, quelques décisions relatives au mode uniforme du *recouvrement des honoraires*.

Ils ont nommé une Commission chargée de faire un rapport sur un *tarif minimum d'honoraires*, tarif qui devra réserver, bien entendu, toute latitude à l'exercice de la charité habituelle des membres du Syndicat.

Un banquet confraternel a clos la séance. Les convives ont témoigné toute leur satisfaction du résultat acquis désormais. Avant d'accomplir le voyage du retour au logis, un membre a donné lecture d'un voyage anatomique qui a obtenu le plus grand succès d'hilarité. Le *Concours* se fera un plaisir de le reproduire à l'usage de ses lecteurs.

Voilà le département de l'*Oise*, (*Senlis*, *Beauvais*, *Compiègne*), pourvu de trois Syndicats d'arrondissement; la circonscription de *Clermont* ne tardera pas à suivre ce bon exemple.

II

SYNDICAT DE LOT-ET-GARONNE.

Révision de la législation

Mon cher confrère,

L'Assemblée générale du Syndicat de Lot-et-Garonne, a eu lieu à Agen, le 18 octobre 1883.

Dans cette réunion, le Syndicat a adopté, à l'unanimité, l'*envoi de deux vœux* à la commission exécutive des Syndicats de France ; l'un, adressé au *secrétaire de de la commission de la révision de l'exercice de la médecine, pour s'associer aux conclusions du Dr Geoffroy*; l'autre, au ministre compétent, pour demander l'*abrogation des décrets du 18 juin 1811.*

Il adhère, en principe, à la *Constitution d'une Caisse de pensions de droit*, remercie les honorables confrères qui en ont pris l'initiative, et fait des vœux pour le succès de l'entreprise.

Il autorise le conseil des Syndics à voter des fonds pour frais de déplacement au confrère qui voudra bien accepter de représenter le Syndicat médical de Lot-et-Garonne à la réunion des Syndicats de France.

Pour arriver plus sûrement à un résultat pratique, il engage le *Concours médical*, par l'intermédiaire de la commission exécutive des Syndicats, à mettre cette année à l'étude un certain nombre de questions. Tous les Syndicats existants seront priés d'étudier la même question, et le délégué portera le résultat de leurs études à l'Assemblée, émanation du corps médical de toute la France, qui aura ainsi, toute autorité et toute compétence pour prendre des décisions représentant l'opinion et les vues du corps médical français.

Il règle ensuite les relations de ses membres avec les compagnies d'assurance contre les accidents.

Je joins à ma lettre les deux vœux, signés par les membres du bureau, en vous priant de les faire parvenir à leur destination, et je termine, en vous annonçant, que M. le Dr MOUCHET, *Président du Syndicat* de Lot-et-Garonne, a été nommé *Président de l'Association locale* en remplacement du Président décédé.

Veuillez agréer, etc.

Le secrétaire, Dr CASSIUS.

III

SYNDICAT DU GERS.

Formation

Monsieur le Directeur,

Jeudi dernier, 18 courant, a eu lieu, à Auch, la réunion annuelle des membres de l'Association locale des médecins du Gers, sous la *présidence* de l'honorable DOCTEUR DESPONTS.

Tous les membres du Bureau, ayant chacun, dans leur discours, traité la question des Syndicats et l'ayant envisagée à un point de vue favorable, l'Assemblée a été appelée à discuter sur ce sujet.

Après avoir écarté le projet ayant pour but la nomination d'une Commission destinée à étudier la question que les membres de l'Assemblée ont déclaré suffisamment connaître, il a été décidé qu'en principe un syndicat

médical était établi dans chaque chef-lieu d'arrondissement.

Le Syndicat de Lombes, déjà en voie de formation, a reçu les encouragements de l'Assemblée.

En outre, une Commission provisoire a été immédiatement nommée pour la formation du Syndicat de Lectoure. Elle se compose comme suit :

MM. DESPONTS, de Fleurance, président de l'Association des médecins du Gers, *président*; LABAT, de Gimbrède, *syndic*; DIEUZAIDE, de Lectoure, *trésorier*; BOURDAUX, de Fleurance, *secrétaire*.

Je suis heureux, M. le Directeur, de porter à votre connaissance l'accueil favorable qu'a trouvé, auprès des médecins du Gers, votre idée féconde des Syndicats médicaux et j'espère pouvoir bientôt vous annoncer que le Syndicat de Lectoure est définitivement constitué.

Recevez, etc. Dr BOURDAUX.

P. S. — Pour prouver combien était loin de nous l'idée de toute scission avec l'Association générale, nous avons voté, dans la même réunion, une somme de 1,300 francs pour la Caisse des pensions.

IV

SYNDICAT DE LA CIRCONSCRIPTION DE VERNEUIL (EURE).

Formation

Monsieur le Directeur,

J'ai l'heureuse satisfaction de vous annoncer qu'après deux réunions tenues à Verneuil, le 5 août et le 7 octobre, nous venons de constituer définitivement un Syndicat, sous la dénomination de *Syndicat médical de la circonscription de Verneuil*. Sur vingt médecins de notre région, invités à en faire partie, dix-sept ont donné leur adhésion. Ce sont :

MM. AUVRAY, de Nonancourt; — BRIÈRE, de Breteuil; — CARCOPINO, de Verneuil; — COURAND, de Damville; — DESTAY, de Nonancourt; — FILLEUL, de Senonches; — FLEURY, de Brezolles; — HERBERT, de Tillières; — LACOSTE, de Senonches; — LEMOULE, de Breteuil; — MARTELLI, de Rugles ; — MARTIN-FORTRIS, de Verneuil; — MOBÈCHE, de Damville; — PESCHEUX, de Verneuil; — PUISTIENNE, de Chennebruno; — SELLÉRIER, de Bourth; — THOMAS, de Rugles.

Après le vote des statuts puisés en grande partie dans le modèle du *Concours* et de quelques règles de déontologie, la réunion s'est occupée de l'établissement d'un *tarif minimum*, et du mode de *recouvrement des honoraires*. Puis, on a procédé à l'élection des membres de la Chambre syndicale, qui se trouve composée de la manière suivante :

Dr PESCHEUX, *Président*. — Dr SELLÉRIER, *Vice-Président*. — Dr CARCOPINO, *Secrétaire-trésorier*.

A la fin de la séance, le docteur Martelli expose les services rendus au corps médical par le *Concours médical*, fait connaître le but de cette Société, et propose, enfin, que les membres du Syndicat de Verneuil, qui n'en font pas encore partie, adhèrent à ses statuts. Cette proposition est adoptée à l'unanimité des membres présents; et une adresse rédigée immédiatement, est signée par tous ceux de nos confrères qui ne reçoivent pas encore le journal, pour être transmise au Directeur du *Concours*, par les soins du secrétaire-trésorier.

Veuillez agréer, etc. Dr CARCOPINO.
Secrétaire-trésorier.

V

SYNDICAT DE NARBONNE.

Formation.

Cher et honoré confrère,

J'ai la satisfaction de vous apprendre que tous les médecins de Narbonne, moins un, viennent de former un Syndicat. Ce Syndicat comprend quinze membres, qui font déjà partie, sauf une ou deux exceptions, de l'Association générale. L'entente s'est faite sans aucune peine, tant a paru avantageuse cette idée de Syndicat qui est tout-à-fait vôtre, et pour laquelle on ne saurait assez vous témoigner de reconnaissance.

Je vous envoie l'exposé des statuts auxquels ont adhéré MM. les docteurs :

Augé. — Aussillous. — Barthez. — Cassan. — Fabre. — Ferroul. — Guidoni. (officier de santé) — Janot. — Joullié. — De Martin. — Marty. — Mécle. — Narbonne. — Peyrusse. — Poulayrac.

Le Bureau a été constitué de la façon suivante :

Président, Dr JANOT. — *Vice-président*, Dr AUSSILLOUS. — *Secrétaire-trésorier*, Dr NARBONNE.

Notre syndicat est tout-à-fait local pour le moment, mais une fois bien organisés, nous appellerons à nous les médecins de l'arrondissement.

Agréez, etc.

Dr E. NARBONNE.

VI

SYNDICAT DE LA VIENNE. — **Réunion.**

Très honoré confrère,

Lundi, 8 octobre, a eu lieu une réunion générale des membres du syndicat de la Vienne, le nombre des adhérents a sensiblement augmenté, surtout dans certains arrondissements, notamment à Montmorillon où, sur vingt-huit médecins, vingt-sept sont adhérents, à Lurdun sept sur neuf ; à Civray treize sur seize.

Poitiers et Châtellerault sont en retard, et je viens vous prier, si cela est possible, de m'expédier pour ce dernier cercle, quatorze exemplaires du *Concours Médical*, numéro 34, que je pourrais expédier, en ma qualité de syndic, aux quatorze confrères sur vingt-deux qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion.

Recevez, etc.

Dr J. PASQUET LABROUE, *Syndic du cercle de Châtellerault.*

VARIÉTÉS

LE SENTIMENT DU DEVOIR.

Il n'est pas au monde, de pays où, plus qu'en France, on se paie de mots. Il n'est pas en France, de profession à l'endroit de laquelle on use plus facilement de ce

ingénieux numéraire que la profession médicale : honneur, devoir... c'est avec cette monnaie que le public solde..., ou croit solder sa dette et sa reconnaissance. A peine en possession du diplôme, vous devenez l'homme-lige, le très humble serviteur du client qui s'imagine volontiers qu'il n'y a qu'à demander et que vous êtes tenu de lui donner!

Le sentiment du devoir répond à tout; c'est la tarte à la crême légendaire..... J'ai là, je ne me souviens plus où, une petite histoire qui résume, en son entier, l'idée que l'on se fait généralement de l'art d'Esculape.

Un de nos confrères cite un client pour qu'il ait à lui payer une note de 24 francs, prix de huit visites. Le juge de paix condamne le débiteur à 16 francs, sous le fallacieux prétexte *que la médecine est une profession philanthropique !...*

Cette façon d'envisager l'exercice d'un..... métier, m'a rendu rêveur. Un médecin, voulant faire acte d'humanité, soigne gratuitement ses malades, à son aise; mais élever cette exception à la hauteur d'un principe, d'une maxime, dire *que la médecine étant profession philanthropique* doit être *gratis pro deo*, c'est... raide !...

Il est bien d'autres misères dignes de compassion, que l'on peut facilement soulager.

Or, jamais, au grand jamais, ce *soulagement* n'a été imposé, n'a été prescrit comme obligatoire.

Le juge de paix fait acte méritoire en mettant d'accord deux plaideurs. Pourquoi donc accepte-t-il un traitement de l'Etat? Pourquoi ne point agir par pure philanthropie?

Pourquoi (toujours par philanthropie) le notaire ne fait-il point gratuitement tous les contrats?

Pourquoi, en cas de disette; pourquoi, dans les hivers désastreux, tous ceux qui possèdent ne donnent-ils point à ceux qui n'ont pas? Les riches, leurs rentes; les employés, leur traitement? On trouverait cela *sublimement* extraordinaire, mais on trouve tout naturel que le médecin octroie tout ce qu'il a péniblement acquis à prix d'or, sa science! Dans le premier cas, c'est de la générosité, de la grandeur d'âme, dans le second c'est... un devoir! Drôle de raisonnement! Allez-donc trouver le boucher d'en face; courez chez le boulanger, chez le marchand de vin et chez le tailleur et dites à ces messieurs : Mes amis, voilà trente familles qui n'ont rien à se mettre sous la dent et sur le dos, veuillez philanthropiquement leur envoyer des bifteacks, du pain, du vin, une veste et un pantalon; ou je me trompe fort, ou ces artisans vous répondront individuellement : Je ne demande pas mieux que d'être charitable, mais j'ai mon loyer à payer, ma famille à nourrir, et toutes les philanthropies du monde ne m'aideront pas à joindre les deux bouts.

Or, le médecin a, lui aussi, les mêmes charges que le boucher et le tailleur. Est-ce avec le *sentiment du devoir* qu'il pourvoira aux besoins de ses enfants?

Le devoir a des bornes! Et cette façon commode de payer des honoraires, en jetant journellement à la face d'un homme ce mot *de sentiment du devoir*, me semble plus que dérisoire! Digne pendant du triste privilège futur d'une oraison funèbre, plus ou moins ornée de fleurs de rhétorique, que l'on n'a même pas la satisfaction d'entendre.

S'il existe un devoir, c'est à la société qu'il incombe; à la société qui ne fait rien, absolument rien pour le médecin.

Dans tout service rendu, il y a deux hommes : l'un qui oblige, l'autre qui est obligé. Est-ce le premier qui devient le débiteur du second?

Est-ce le bienfaiteur qui doit des remerciements au malheureux auquel il fait l'aumône?

Quand, au péril de ses jours, bravant des épidémies meurtrières, le médecin prodigue ses soins aux victimes de la maladie, il fait son devoir, son devoir est accompli, mais ne lui est-il rien dû pour cela?

Les services rendus sont tellement appréciés que, lorsqu'ils sont encore à rendre, on les cote à des prix exorbitants. Qui de vous n'a rencontré ce client, qui vous promet *tout ce que vous voudrez*, pour aller immédiatement visiter sa femme, son fils, etc.? Le malade guéri, que deviennent ces pompeuses promesses? Autant en emporte le vent! Bienheureux si l'on ne vous prouve pas que vous n'avez, après tout, fait que votre devoir!

Hélas! il a son épilogue ce sentiment du devoir!

C'est : la cotisation pour venir en aide à la veuve du Dr X.

C'est : la demande de secours pour élever les enfants du Dr L.

C'est : l'aumône au Dr X. plongé dans la misère.

C'est : Racle mourant dans la détresse.

C'est : Fouquier mourant, lui aussi, sans laisser de quoi solder ses funérailles; Fouquier, médecin du Sénat aux appointements de 1,500 fr.!..... Le concierge touchait 2,500 fr.

Voilà, somme toute, où conduit le sentiment du devoir?

Dr A. BARRY,
(Médecin consultant à Royat).

BIBLIOGRAPHIE

LIBRAIRIE O. DOIN, 8, PLACE DE L'ODÉON.

De la délivrance par tractions et par expressions, par ALBAN-RIBEMONT-DESSAIGNES, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité. Ancien maître des conférences d'accouchements, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Tenon. 1 vol in-8 de 145 pages, avec 8 figures et 14 tracés. 4 »

NOUVELLES

Mr le Dr ROCHARD commence à se lever. Il peut rester tous les jours deux heures dans un fauteuil. Espérons qu'il sera bientôt complétement remis. Son meurtrier a été dirigé sur Bicêtre.

LE CHOLÉRA. — Il y a eu une légère recrudescence du Choléra à Alexandrie; le 26 octobre, on a signalé huit décès cholériques dans la journée; le 27, 12; le 28, 6; le 29, 7.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

BULLETIN MENSUEL DES SYNDICATS

OCTOBRE 1883

MM. les Présidents des Syndicats.

Monsieur le Président et très honoré confrère,

M. le Dr *Barat-Dulaurier*, secrétaire de la commission générale des Syndicats, veut bien accepter la *direction* du *Bulletin mensuel*. Désormais, nous lui transmettrons aussitôt réception et après en avoir pris lecture, tous les documents relatifs aux Syndicats. Permettez-nous d'insister, encore une fois, sur la nécessité d'indiquer (sur les *deux* exemplaires que nous réclamons, pour les facultés de l'impression) les passages qu'on désire surtout voir reproduire dans le Bulletin.

La place restreinte dont on dispose, oblige à bien des sacrifices ; il est surtout essentiel de ne pas reproduire ce qui a été déjà publié, dans des termes à peu près semblables.

Le Directeur, A. CÉZILLY.

A NOS LECTEURS.

Notre honorable directeur, M. le Dr Cézilly, accablé sous le poids d'un travail toujours croissant, nous a engagé à prendre une part du lourd fardeau qui lui incombait, et à nous charger de la direction du *Bulletin mensuel des Syndicats*.

Après de longues hésitations, cédant enfin aux conseils de quelques confrères dévoués à l'œuvre, nous avons cru devoir nous rendre au désir exprimé par notre cher Directeur. Nous acceptons donc, à dater d'aujourd'hui, la direction du *Bulletin mensuel* sur lequel, il est bien entendu, M. le Dr Cézilly conservera son droit de contrôle.

La place dont nous disposons dans le journal n'est pas illimitée. Nous ne pourrons donc publier intégralement tous les travaux qui nous parviendront. Nous devrons souvent nous borner à en extraire les passages les plus intéressants. Néanmoins nous prions nos confrères de ne point trop restreindre les communications qu'ils voudront bien nous faire. Elles nous seront toujours un précieux enseignement qui nous indiquera sûrement les tendances et les besoins du corps médical et nous serviront de guide dans la voie que nous aurons à suivre pour le bien de tous.

En nous chargeant de la tâche qui nous est confiée, nous avons, en effet, surtout, pour but d'être utile à nos confrères en cherchant à propager de plus en plus l'institution des Syndicats à laquelle nous sommes tout dévoué, parce que nous avons, depuis longtemps, acquis la certitude qu'elle rendra des services chaque jour plus nombreux et plus grands à tous les membres de notre profession.

Le directeur du Bulletin : AD. BARAT-DULAURIER.
Ex-Interne des hôpitaux de Paris.

COMPTES-RENDUS DES RÉUNIONS DE SYNDICATS

Syndicat médical de la région nord du Cher

Compte-rendu analytique de la séance du 17 septembre 1883.

Le Syndicat médical du Cher, région nord, s'est réuni à Henrichemont, le 17 septembre 1883.

Etaient présents : MM. les Docteurs Pérussault, président ; Gressin, Decencière, syndics; Courrège secrétaire-trésorier ; Duraud Deroin, Dermouch, Ravier, Massoy, Cestay et Jammin, ce dernier admis en séanee.

Après lecture du procès-verbal de la dernière séance, les pouvoirs du bureau sont prorogés pour une année.

La première question à l'ordre du jour est l'examen des rapports des médecins avec la justice.

Le Syndicat, après discussion approfondie, s'inspirant des idées pratiques émises par le Syndicat médical de Lot-et-Garonne, formule le vœu qu'il soit fait des démarches auprès des parquets de Bourges et de Sancerre, en vue d'élever le prix des expertises médico-légales, en prenant pour base le système de vacation adopté d'un commun accord par le Syndicat de Lot-et-Garonne :

La chambre syndicale accepte d'entamer les négociations.

Sur la question de la médecine cantonale, service des indigents, le Syndicat, reconnaissant que l'indemnité allouée par le département pour le service médical gratuit, est insuffisante, et peut tout au plus rémunérer les visites et consultations dans la résidence, décide, qu'à partir du 1er janvier 1884, il sera demandé aux communes intéressées une indemnité de déplacement calculée sur la moitié du prix de la clientèle payante. Les municipalités seront prévenues de cette décision par un avis motivé, qui leur parviendra en temps opportun, et qui indiquera le mode de recouvrement de l'indemnité.

Sur la question de la surveillance des enfants du premier âge, le Syndicat médical, après avoir pris connaissance d'un règlement d'honoraires, voté et pratiqué dans la Nièvre depuis le 1er janvier 1883, et, reconnaissant que les services demandés aux confrères d'un département voisin sont convenablement rétribués : décide qu'il sera fait auprès du Conseil général du Cher, et de l'administration départementale, des démarches en vue d'obtenir un règlement et des honoraires équivalents. La Chambre syndicale prend l'engagement de poursuivre la solution de cette affaire avec activité.

Avant de se séparer, la réunion émet un vœu favorable à la création de la Caisse des pensions de droit, et adresse les encouragements les plus sincères au Directeur du *Concours Médical* et à ses dévoués collaborateurs.

Pour extrait conforme. : Le secrétaire :

Dr Courrège.

Syndicat des Médecins de Voiron et cantons voisins.

Les médecins composant ce Syndicat se sont réunis à Voiron le 17 septembre 1883. L'honorable président, M. Gérin, empêché par la maladie d'assister à la séance, a fait donner lecture de l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Si mes forces m'eussent permis d'assister à votre réunion d'aujourd'hui, mon premier devoir eût été de vous remercier de l'honneur que vous me faites en m'appelant à présider la seconde séance de notre Syndicat médical. J'aurais désiré adresser quelques paroles de regrets à ceux de nos collègues qui ont quitté notre région ; j'aurais été heureux de souhaiter la bienvenue aux nouveaux arrivés. Il me restait enfin, et avant tout, une douloureuse tâche à remplir, c'est d'adresser, en votre nom, un dernier adieu à ceux qui ne sont plus.

En nous séparant l'année dernière, nous avions tous l'espérance et la joie de penser que, cette année, nous serions de nouveau réunis plus nombreux encore. La mort inexorable en a décidé autrement en venant frapper un de nos collègues les plus estimés.

Le docteur Froment, chirurgien de marine, chevalier de la Légion d'honneur, dont la santé avait été gravement éprouvée, par un séjour prolongé dans nos colonies, était venu chercher, dans un poste modeste, le repos dont il avait besoin. Ce repos fut de courte durée et peu de temps après, il succombait, presque subitement, à un accès de fièvre pernicieuse dont il avait apporté le germe des pays tropicaux.

Le peu de temps qu'a vécu parmi nous notre regrétté confrère, a suffi pour nous faire apprécier son savoir, son caractère élevé, sa parfaite courtoisie et son dévouement professionnel.

Les nombreux confrères, la foule considérable qui assistait à ses obsèques, témoignaient par leur attitude recueillie, qu'ils rendaient un dernier hommage mérité à un homme de bien.

Le regret que je conserverai de n'avoir pu aujourd'hui participer à vos travaux, sera d'autant plus vif que notre première réunion avait été des plus fructueuses. En nous tenant étroitement groupés et unis, nous arriverons à développer parmi nous, ce précieux esprit de corps qui sera le meilleur soutien de notre dignité professionnelle, car, messieurs, laissez-le dire à votre président, ce ne sont pas d'abord des resultats matériels que nous devons poursuivre, ils nous viendront par surcroît, mais nous devons nous efforcer d'élever le niveau moral entre nous ; nous devons nous respecter les uns les autres, nous défendre mutuellement devant ce public qui, au total, quand il nous voit dignes et unis, ne demande qu'à nous estimer et nous aimer. Le titre de médecin, dans notre cher pays, a toujours été un titre, sinon à la fortune, du moins à la considération publique. Que la correction de notre vie vienne encore augmenter le prestige que nous tirons de notre compétence spéciale. En un mot, mes chers collègues, si le Syndicat nous réunit pour parler de nos droits, croyez-moi, ces droits seront d'autant mieux sauvegardés, que nous serons nous-mêmes plus attachés à nos devoirs.

Le 29 septembre 1883. A. Gérin.

Syndicat médical de Meurthe-et-Moselle.

Réunion générale du 8 août 1883.

Nous extrayons du compte-rendu de cette réunion le discours suivant, que nous recommandons à nos confrères, dans lequel M. le Président Deligny rend compte des travaux de la commission syndicale pendant le semestre écoulé.

Messieurs et Chers Confrères,

Avant d'aborder la discussion des questions qui sont à l'ordre du jour de notre réunion générale, je vous

demande la permission de vous exposer brièvement les travaux de votre Comité syndical pendant la période semestrielle qui vient de s'écouler. Vous jugerez, par cet aperçu sommaire, de ce que nous pouvons compter faire dans l'avenir, et vous apprécierez les avantages qui peuvent résulter de notre Association Syndicale.

Au mois d'octobre dernier, à l'époque où nous nous sommes définitivement constitués, notre Syndicat comptait soixante-six membres, mais quatre démissions nous ont été adressées, ce sont celles de MM. Habert, J. Weiss et Théodore Weiss, de Nancy, et Picard, de la Malgrange. Je dois ajouter, d'un autre côté, que M. le Président du Sous-Syndicat de Briey nous annonce l'adhésion de MM. Bretnaker, de Moyeuvre-Grande, et Blaising, de Spincourt (Meuse), et M. le Président du Sous-Syndicat de Nancy, celle de M. le docteur Nicoleau, ce qui porte à soixante-cinq, actuellement, le chiffre de nos adhérents.

A ce propos, je vous ferai observer que, dans certains arrondissements, notre Syndicat a réuni la majorité des médecins y exerçant, et que dans d'autres, au contraire, les adhérents du Syndicat sont en minorité.

Ainsi, dans l'arrondissement de Briey, dans celui de Toul, la majeure partie des médecins nous ont donné leur adhésion, il en est de même dans l'arrondissement de Nancy pour les médecins exerçant hors la ville, tandis que, au contraire, nous ne comptons que cinq membres dans l'arrondissement de Lunéville.

Cette situation, mes chers confrères, ne doit pas nous inquiéter; il faut compter sur l'avenir et attendre du temps et de nos efforts pour prouver la vitalité et l'utilité de notre association et lui créer des prosélytes.

Conformément à nos statuts, les membres du Syndicat de chaque arrondissement se sont réunis aussitôt après la première réunion générale, pour constituer les Sous-Syndicats et en élire les bureaux.

Pour le Sous-Syndicat de l'arrondissement de Nancy, ont été élus :

Président, Dr Pitoy. — Vice-Président, Dr Dard. — Secrétaire, Dr Rohmer. — Délégué, Dr Sadler.

Le Sous-Syndicat de Nancy s'est réuni à plusieurs reprises, et, dirigé par son zélé président, le Dr Pitoy, il a mené à bien certaines affaires délicates, dont vous avez eu connaissance. Les résultats obtenus près de la Société de Secours mutuels de Saint-Nicolas, l'entente établie entre les médecins et pharmaciens de Pont-à-Mousson, doivent vous prouver, Messieurs, ce que nous pouvons faire.

Pour le Sous-Syndicat de Briey, ont été élus :

Président, Dr Bermont. — Vice-Président, Dr de Crevoisier. — Secrétaire, Dr Laurent. — Délégué, Dr Maurice.

Le Sous-Syndicat de Briey s'est réuni à plusieurs reprises et a pris quelques décisions importantes. Il a tout d'abord décidé un appel aux confrères limitrophes de l'arrondissement et exerçant dans quelques-unes de ses communes, et vous voyez, Messieurs, que son appel a été entendu, puisque Messieurs Bretenacker et Blaising ont donné leur adhésion à nos statuts.

Il a ensuite décidé que ses réunions auraient lieu deux fois chaque année, le dernier dimanche de février et le dernier dimanche d'août.

Un tarif minimum d'honoraires obligatoire pour tous les membres du Sous-Syndicat a été convenu, de même que l'établissement d'un livre noir.

Vous voyez, Messieurs, que sous la direction de leur dévoué Président, Monsieur le docteur Bermont, nos confrères de l'arrondissement de Briey ont accompli des modifications dont les résultats heureux se feront rapidement sentir.

Il est à regretter que leur exemple n'ait pas été suivi partout, et c'est avec peine qu'il me reste à vous parler du Sous-Syndicat de l'arrondissement de Toul.

J'ai pris une première fois l'initiative de provoquer une réunion, mais un grand nombre de confrères ayant prévenu qu'ils ne pouvaient y assister, elle n'a pu avoir lieu.

En présence de la nécessité d'avoir un délégué de l'arrondissement pour nous représenter au Comité, j'ai proposé à nos confrères de m'envoyer leur vote cacheté, pour la constitution du bureau.

Les votes de tous les adhérents m'étant parvenus, ont été dépouillés en présence du Dr Chapuis et ont donné le résultat suivant :

Président, Dr Deligny. — Vice-Président, Dr Manson. — Secrétaire, Dr Chapuis. — Délégué, Dr Lebert.

Au mois de février dernier, désirant soumettre au Sous-Syndicat diverses questions avant la réunion générale, j ai tenté une nouvelle convocation. Malheureusement la plupart de nos confrères n'ont pu s'y rendre, et elle n'a pu avoir lieu, de même que la précédente.

Il ne faut pas, Messieurs, accuser d'indifférence nos confrères de l'arrondissement de Toul. Bien au contraire, il faut nous rappeler qu'ils ont été les premiers à répondre à notre appel, et que, c'est grâce à leur initiative que notre Syndicat existe. Je trouve la cause de ces échecs pour la possibilité d'une réunion, dans la configuration de notre arrondissement. Très allongé, les communes situées aux extrémités sont à des distances considérables de Toul, et pour beaucoup sans moyens de communication par les lignes ferrées. Je me propose de remédier à cet inconvénient en demandant le choix d'un autre centre de réunion.

Quant à l'arrondissement de Lunéville, nous n'y comptons, je vous l'ai dit, que cinq adhérents, et ce petit nombre ne permettait pas la constitution d'un Sous-Syndicat. Mais nous avons à Lunéville un membre actif, dévoué, convaincu, M. le Dr Aubry, qui a bien voulu nous servir de délégué et apporter à la Commission son concours le plus entier.

Votre Comité Syndical, mes chers confrères, s'est réuni plusieurs fois pour discuter des questions urgentes. Vous avez été informés du résultat de ces discussions par des circulaires adressées à chacun de vous, mais je dois vous faire connaître plus amplement ces questions et vous exposer les motifs qui

nous ont obligés à prendre, au nom du Syndicat, des décisions urgentes.

Affaire Winterthur. — Vous vous rappelez qu'à la première réunion générale il avait été décidé que votre Président écrirait au Directeur de la Compagnie d'assurances la Winterthur, pour l'informer que la mesure prise par sa Compagnie de laisser les honoraires des certificats à la charge des blessés, nous était préjudiciable, et réclamer une modification.

Ainsi fut fait.

Or la réponse fut la suivante: « La compagnie trouve avantage à ce *modus faciendi*. L'assuré, obligé de payer son certificat, hésite à réclamer pour une indemnité de peu d'importance. Toutes les Compagnies finiront par agir comme nous, et nous profitons même de cette occasion pour vous demander, dans notre intérêt, d'élever le plus possible le chiffre de vos honoraires pour certificats. »

En présence de cette réponse dont vous avez apprécié l'esprit, votre Comité estima qu'il y avait lieu de prendre une décision immédiate. Considérant que la mesure prise par la Winterthur nous est préjudiciable à tous les points de vue et peut nous créer des difficultés très grandes, il prit la décision suivante au nom du Syndicat :

Le Syndicat de Meurthe-et-Moselle,

Considérant :

1º Que nulle transaction ne peut mitiger la stricte exécution de l'art. 378 du code pénal sur le secret médical ;

2º Que la dignité professionnelle, au sujet de laquelle il refuse toute discussion, impose au médecin de ne rien révéler de ce qu'il apprend, en donnant des soins aux malades et aux blessés, même avec le consentement de ces derniers ;

3º Qu'au cas de blessés assurés sur les accidents, un seul médecin ne peut représenter en même temps les intérêts opposés des blessés et des Compagnies d'assurances sans s'exposer à voir, dans les cas litigieux, son témoignage écrit ou oral invoqué contre le blessé dont il trahirait ainsi la confiance ;

Déclare :

1º Que le médecin traitant un blessé assuré contre les accidents, lui refusera tout certificat contenant autre chose que l'énonciation pure et simple de son diagnostic et de la durée de l'incapacité de travail due à l'affection présente ;

2º Que les médecins ne délivreront de certificats détaillés destinés aux Compagnies d'assurances sur les accidents, qu'à titre d'experts rétribués par les Compagnies.

J'ai fait connaître notre décision aux Syndicats des Vosges et de la Haute-Saône, les priant de nous apporter leur appui en cette affaire, mais je n'ai pas été informé qu'ils s'en soient occupés de quelque manière.

La signification de la mesure décidée au Directeur de la Winterthur, resta sans réponse. Nous savons que nos adhérents ont mis à exécution la décision prise et ont refusé des certificats détaillés dans les circonstances que nous indiquions. En présence du silence de la Compagnie, de l'inertie qu'elle nous oppose, il serait peut-être utile, Messieurs, de prendre d'autres mesures, aussi je vous proposerai tout-à-l'heure de discuter à nouveau cette question qui, d'ailleurs, est entrée dans une phase nouvelle.

Question Association. — Votre Commission a pensé que le Syndicat étant définitivement constitué, un grand nombre de membres adhérents faisant également partie de l'Association, et la réunion générale ayant décidé qu'une clause invitant les membres du Syndicat à faire partie de l'Association serait ajoutée aux statuts, il y avait lieu de faire acte d'existence vis-à-vis de l'Association, et de l'informer officiellement de l'existence de notre Association Syndicale.

En conséquence, votre Président a été chargé d'écrire au Président de la commission administrative, et de l'assurer de notre vif désir de marcher parallèlement à l'Association, de joindre nos efforts aux siens, et de compléter son action en nous occupant des intérêts matériels du corps médical pendant qu'elle sauvegarde ses intérêts moraux.

C'est dans ce sens que j'ai eu l'honneur d'écrire à M. le Président de la commission administrative de l'Association.

Mais, j'ai le regret de vous le dire, Messieurs, la réponse n'a pas été telle que nous l'espérions, et telle que pouvaient la faire espérer les termes et l'esprit de notre lettre à la commission.

Pour toute réponse, nous n'avons reçu qu'un bref accusé de réception de notre lettre, qui m'a été envoyé par M. le Secrétaire de l'Association.

La question des rapports de notre Syndicat avec l'Association, Messieurs, est une question importante à tous les points de vue, nous l'étudierons comme telle, et nous ne prendrons de décisions qu'après un sérieux examen.

J'aurai l'honneur de vous faire connaître tout-à-l'heure, une proposition à cet égard, que votre commission vous soumet.

— Estimant qu'il y avait lieu de protéger, dès maintenant, les intérêts médicaux menacés par l'exercice illégal de la médecine, le Comité Syndical a prié Messieurs les Présidents des Sous-Syndicats de faire établir un rapport concernant les faits d'exercice illégal et les personnes qui les pratiquent, dans chaque arrondissement.

M. le docteur *Dard* avait été chargé de ce rapport concernant l'arrondissement de Nancy, mais les quelques renseignements qu'il a reçus étaient en même temps tellement incomplets, qu'il n'a pu faire le travail dont il était chargé. Ainsi que l'indique le docteur *Pitoy* dans son compte rendu du Sous-Syndicat, il ne peut y avoir là qu'un malentendu auquel il serait facile de remédier.

M. le docteur *Coliez*, pour l'arrondissement de Briey, a fait un rapport complet et détaillé, après la lecture duquel le Sous-Syndicat de cet arrondissement a pris plusieurs décisions que je demanderai à notre confrère de nous faire connaître.

Enfin, Messieurs, je me suis occupé de recueillir les faits concernant l'arrondissement de Toul et j'ai établi un rapport dont malheureusement je n'ai pu encore donner lecture aux intéressés de notre Sous-Syndicat.

Nous allons, dans quelques instants, nous occuper

de cette question de l'exercice illégal et des moyens de le combattre.

Telles sont, Messieurs, les diverses questions dont notre Syndicat a eu à s'occuper pendant la période semestrielle qui vient de s'écouler. Permettez-moi de vous faire observer que c'était une période de début, d'organisation, et, comme telle, une période qui devait être peu fertile en résultats. Et cependant, vous le voyez, nous avons eu, dès le début, à nous occuper de questions importantes et nous avons fait, dans plusieurs circonstances, acte de vitalité et d'utilité.

Il faut bien le dire, mes chers confrères, la création d'un Syndicat médical a soulevé dans notre région, comme partout ailleurs, des réclamations chez plusieurs, je pourrais même dire chez beaucoup de nos confrères. De plus, nous n'avons pas trouvé un appui près de la Société de prévoyance des médecins du département, comme cela a eu lieu dans quelques départements privilégiés et, en particulier, dans le département des Vosges, où mon excellent confrère et ami le docteur *Lardier*, a pris l'initiative de créer un Syndicat.

Constatons qu'il existe une certaine tiédeur, je devrais même dire une certaine hostilité, chez quelques membres du corps médical, mais n'en prenons pas un trop grand souci.

C'est en agissant, en agissant avec prudence, en donnant l'exemple de l'union et de la solidarité, en maintenant parmi nous la dignité médicale, que nous prouverons aux hésitants l'utilité du Syndicat et à ceux qui nous sont hostiles, la complète honorabilité de nos moyens d'action et de notre but.

Surtout, Messieurs, que nul de nous ne soit indifférent pour ce qui concerne notre Association syndicale, que chacun lui consacre un peu de son temps, un peu de son travail, que chacun prête son concours aux questions mises à l'étude et réponde à tout appel du Comité. C'est l'indifférence, c'est l'inertie qui tuent les œuvres les plus vivantes, et, dans une association comme la nôtre où chacun doit compter sur son voisin, il n'est pas permis au voisin de faire défaut.

Il faut, mes chers confrères, que, toujours unis, serrés les uns contre les autres, nous marchions d'un pas ferme sous le même drapeau, avec ces deux mots pour devise : Dévouement, Confraternité.

L'Assemblée passe ensuite à la discussion des diverses questions inscrites à l'ordre du jour.

Question des Compagnies d'Assurances.

M. le Dr Pitoy expose en quelques mots les diverses phases des pourparlers engagés avec la Winterthur; il expose que la question des rapports avec les Compagnies d'assurances entre dans une phase nouvelle, et qu'il serait nécessaire de provoquer un mouvement d'ensemble.

L'Assemblée charge le Comité de suivre la question, et, en attendant, elle confirme la décision prise par la Commission, décision indiquée plus haut, et engage ses membres à s'y conformer.

Question des rapports du Syndicat avec l'Association.

Après avoir eu connaissance des démarches faites par le Comité près de la commission administrative de l'Association, l'Assemblée, considérant que la question des Syndicats a été abordée par un grand nombre de Sociétés locales et qu'il y a lieu de provoquer sa mise à l'étude par la Société de Meurthe-et-Moselle, décide qu'une pétition signée par ceux de ses membres qui font partie de l'Association sera adressée à la Commission administrative, pour demander que la question des Syndicats médicaux soit mise à l'ordre du jour de sa prochaine réunion générale.

— Lecture est donnée d'une lettre du Syndicat de Lot-et-Garonne et du Syndicat de l'arrondissement de Baugé qui demandent l'opinion du Syndicat de Meurthe-et-Moselle, relativement aux mesures à prendre pour obtenir l'élévation du prix des honoraires pour expertises médico-légales.

Une discussion s'engage et l'Assemblée, considérant que l'exiguïté des honoraires tient d'une part au décret de juin 1811, et d'autre part à l'inexpérience de beaucoup de médecins qui ne savent pas réclamer dans la forme voulue, charge le Comité d'étudier la question et de présenter un rapport à la première réunion générale.

— Le Président donne ensuite lecture d'un rapport sur l'exercice illégal dans les arrondissements de Toul et de Briey.

Il conclut en disant que l'application de certaines mesures prises par le Syndicat pourrait rendre de grands services, et il propose :

1° Que le Comité soit, dès à présent, autorisé à agir énergiquement et même à poursuivre judiciairement les cas connus ;

2° Que le Comité soit, dès à présent, à la disposition de tous les membres du syndicat pour agir ou poursuivre dans tous les cas signalés ;

3° Qu'une lettre soit écrite aux autorités ecclésiastiques et aux maires des communes pour réclamer la répression de l'exercice illégal par les personnes appartenant à des communautés ou salariées par les communes.

4° Que, dès maintenant, elle adopte la décision suivante qu'elle engage ses membres à observer, en n'en exceptant que les cas où l'humanité exige une restriction :

En principe, les membres du Syndicat refuseront leurs soins à toute personne qui aura été soignée, pour la maladie présente, par une religieuse, une sage-femme, un charlatan, ou toute autre personne connue pour exercer illégalement.

Après discussion, ces propositions sont mises aux voix et adoptées.

— Sur la proposition d'un de ses membres, l'Assemblée prend la délibération suivante :

« Le Syndicat de Meurthe-et-Moselle *fait des* « *vœux pour le succès des tentatives du* Concours « Médical, *pour la révision de la législation de* « *l'exercice de la médecine, et déclare qu'il l'ap-* « *puiera de tous ses efforts.* »

ASSOCIATION GÉNÉRALE ET SYNDICATS

Association des médecins de la Gironde.

Réunion de Cadillac, 14 octobre 1883.

L'Association des médecins de la Gironde a tenu, le 14 octobre dernier, une très importante séance à Cadillac. Plus de quatre-vingts confrères avaient répondu à l'invitation qui leur avait été adressée. Ni les difficultés nombreuses qu'éprouvaient un grand nombre d'entre eux pour se rendre dans la localité indiquée (quelques-uns ont dû quitter leur domicile depuis la veille pour ne pas manquer l'heure du rendez-vous), ni le jour choisi qui pouvait pousser à s'abstenir un grand nombre de médecins de la campagne, ni les fatigues de toute sorte n'avaient empêché ce nombreux concours d'hommes de bonne volonté.

Et pourtant les réunions d'automne sont en général assez peu suivies. Mais, cette fois, l'ordre du jour comportait l'étude d'un sujet qui ne rencontre plus qu'un petit nombre d'indifférents. La question des syndicats médicaux devait, en effet, être abordée dans cette séance. L'honorable Dr Hameau, d'Arcachon, devait donner lecture du rapport qu'il avait été chargé de rédiger au nom d'une commission désignée lors de la dernière réunion de l'Association. Telle était la cause de cette nombreuse affluence. On voyait qu'il allait se passer quelque chose d'inusité et peut-être se livrer une véritable bataille entre les partisans et les adversaires des Syndicats. — Il y avait comme de l'électricité dans l'air.

Il y avait lieu de nommer un membre du conseil d'administration, pour l'arrondissement de Bordeaux, en remplaçant du regretté docteur Baudet, décédé. « Les docteurs Buquet et Gilbert, de Cadillac, étaient, « nous écrit un confrère présent, les candidats *agréa-* « *bles* aux membres du bureau. Nous n'avions au- « cune raison pour leur refuser nos suffrages. Le « dévouement qu'ils avaient mis à nous recevoir, « paraissait même nous commander cette marque de « sympathie; mais nous voulions saisir cette occa- « sion pour affirmer nos tendances et nous avions « sacrifié nos confrères, persuadés qu'ils compren- « draient la signification de nos votes et ne nous en « garderaient pas rancune. »

Le Dr Lasalle, de Lormont, président du Syndicat suburbain de l'arrondissement de Bordeaux, a, en effet, été élu au second tour de scrutin. Ce premier succès permettait de prévoir ce qui allait se passer.

C'est au milieu d'un profond silence et d'une religieuse attention que M. le Dr Hameau a commencé la lecture de son rapport. Notre honorable confrère a fait une étude très sérieuse, très consciencieuse des Syndicats. Il fait toucher du doigt les avantages qu'ils peuvent offrir et les inconvénients qui pourraient en résulter, s'ils n'étaient maintenus strictement dans les voies que commande la prudence. Il signale en passant les écueils à éviter. Toute l'assistance est en quelque sorte suspendue à ses lèvres, et c'est avec une satisfaction nullement dissimulée que la majorité, une grande majorité, accueille les conclusions de l'honorable rapporteur.

Dans le prochain Bulletin nous donnerons *in extenso* le travail très remarquable, pour la forme comme pour le fond, de notre honorable confrère. Nous nous bornerons aujourd'hui à en reproduire les conclusions. Il propose de décider :

1e Que la Société locale de la Gironde considère les Syndicats, tels qu'ils sont constitués actuellement dans le département, comme un complément utile de sa propre action, pouvant l'aider à améliorer le bien-être des médecins et à exprimer les justes revendications de la profession.

2o Qu'elle se met à la disposition des Syndicats, comme tribunal d'honneur, dans les difficultés déontologiques qu'ils jugeront opportun de lui soumettre

Ces conclusions sont accueillies par des applaudissements prolongés et bien nourris, qui démontrent qu'elles sont l'expression de la pensée de la très grande majorité de l'Assemblée.

Au docteur Hameau, succède M. le Dr Levieux qui vient lire un travail sur les Syndicats ou, pour être plus exact, contre les Syndicats, et, ainsi qu'on pouvait s'y attendre, les mots de *liberté*, de *sacerdoce* n'ont pas manqué d'être prononcés. Piperie de mots, Piperie de mots ! Vous dis-je. Est-ce que je m'inquiète du code pénal ? j'avoue qu'il n'a jamais porté ombrage à mon amour pour la *liberté*. Quant au *sacerdoce*, c'est autre chose. Il faut vivre et faire vivre sa famille, et tous les médecins, ceux de campagne surtout, n'ont pas reçu de quelque bonne fée ou d'ailleurs, de gros titres, de bonnes rentes au jour de leur entrée en ce monde. Il fait bon écrire l'éloge de la pauvreté sur des tablettes d'or comme Sénèque, mais le médecin qui est chaque jour aux prises avec les difficultés matérielles de l'existence a bien le droit de chercher à améliorer sa modeste position par des moyens honorables. Les Syndicats lui fournissent quelques uns de ces moyens. Il en veut profiter et il fait bien.

Aussi, le Dr Lasalle, président du Syndicat de Lormont, n'a-t-il pas eu de peine à démontrer que les Syndicats médicaux respectaient la liberté de chacun et sauvegardaient la dignité professionnelle. Ils veulent l'amélioration du sort des médecins de campagne. L'Association a-t-elle jamais fait quelque chose dans ce sens, ajoute notre honorable confrère ? Qu'elle le prouve. Il faut donc choisir, dit-il, entre les Syndicats, c'est-à-dire le groupement, pour la défense de nos droits et de nos intérêts, et « *les bénédictions de M. Levieux* »

Puis M. Rafaillac, de Margaux, Président du Syndicat du Médoc, lit, à propos des Syndicats, un travail que nous reproduirons prochainement.

Enfin est venu M. le Dr Chabrely. Si la victoire n'eût été déjà certaine, M. Chabrely aurait assurément eu l'honneur d'entraîner les hésitants. Sa parole ardente, convaincue, véhémente parfois, pénétrait comme une lame d'acier. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire intégralement son discours. En voici.

l'analyse donnée par le *Journal de Médecine de Bordeaux.*

M. Levieux, dit-il, a parlé d'honneur, d'honorabilité professionnelle, de dignité. Nul mieux que lui n'a le droit d'en parler; il est bon juge en ces matières et si j'avais à me faire juger par un confrère, c'est à lui que je ferais appel. Il faut donc que je me confesse à lui : Je suis syndiqué. M. Levieux a parlé de sacerdoce; je sais ce que c'est, j'ai pratiqué, moi aussi, le sacerdoce jusqu'à l'exagération. Pendant trente ans, je n'ai refusé mes soins à personne, pauvres ou riches, pas un ne peut dire qu'il est venu frapper à ma porte sans être secouru. J'ai fait donc moi aussi du sacerdoce, et plus que personne, et cependant je suis syndiqué.

C'est que le Syndicat m'a paru un moyen de nous défendre contre l'exploitation et aussi un moyen de nous assurer un avenir meilleur; et que je n'ai vu d'ailleurs dans le Syndicat, rien qui pût entraver notre liberté et attenter à notre honneur.

Mais notre liberté, elle est intacte ; nous assurons, par des statuts librement consentis, un taux d'honoraires convenable ; mais nos pauvres, nous les réservons et non seulement les pauvres officiels, mais les pauvres officieux, si je puis m'exprimer ainsi; nous soignons pour rien qui bon nous semble, et personne n'a le droit de rien nous dire.

Quant à l'honneur, en quoi donc a-t-il à souffrir? Nous pratiquons les règles professionnelles; elles sont inscrites dans nos statuts; c'est justement pour les mieux pratiquer que nous nous syndiquons.

Que demandons-nous à l'Association? de nous reconnaître et de nous juger, rien de plus. Peut-elle nous refuser une chose aussi simple?

Je suis grand partisan de l'Association, ajoute M. Chabrely, je suis un de ses plus fidèles partisans et, c'est pour cela même que j'ai confiance en elle et que je lui dis : « Encouragez-nous, aidez-nous; mais surtout ne nous dédaignez pas.

« Nous voulons vivre en travaillant; nous voulons assurer à nos enfants du pain, à nous-mêmes une vieillesse tranquille, à l'abri. Nous sommes des confrères honorables, tendez-nous la main.

« Et prenez garde que, si vous nous refusez, vous nous rejeterez dans nos misères; et ce sera votre faute, vous médecins de la ville, si se rue sur les grands centres cette tourbe vile qui couvre les murs de vos rues d'affiches qui nous font rougir. »

En vain, M. Verdalle, conseil judiciaire de l'Association, a-t-il cherché à refroidir les esprits qu'avaient réellement grisés les chaleureuses paroles de M. Chabrely. Après quelques mots de M. Lande prononcés en faveur des Syndicats et la série des amendements — tous repoussés —, les conclusions du rapporteur ont été adoptées à une écrasante majorité.

Encore un mot et une bonne nouvelle pour nos lecteurs. Avant de se séparer, l'Association a voté par acclamation, et avec enthousiasme, la proposition suivante faite par M. Lande en son nom et au nom de MM. Coriveaud et H. Verdalle :

« L'Association des médecins de la Gironde, con-
« vaincue des immenses services que rendrait au
« corps médical une Caisse de pensions de retraite,
« émet le vœu que la création de cette Caisse soit
« mise à l'étude pour être le plus promptement pos-
« sible réalisée. »

Ainsi qu'on le voit, la réunion de l'association de la Gironde, ne pouvait être plus favorable aux Syndicats et nous espérons que les autres sociétés locales qui étudient la question, n'hésiteront pas à se prononcer dans le même sens.

Le Directeur du Bulletin, AD. BARAT-DULAURIER.

Les Syndicats et l'Association de la Loire-Inférieure.

L'Association de la *Loire-Inférieure* a tenu sa séance générale le 18 juillet, sous la présidence du Dr Lequerre, de Nantes. Après le banquet, M. le Dr Lecerf a demandé l'autorisation d'entretenir les convives de quelques réflexions qui lui ont été suggérées par un article récent publié dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*. L'autorisation lui est accordée avec infiniment de plaisir :

MESSIEURS,

J'ai été, il y a quelque temps, vivement intéressé par un article du *Journal de Médecine de Bordeaux* qui m'était tombé sous les yeux, et signé du Dr *Otukone.*

Cet article, fort bien fait du reste, à mon sens, et que je vous demanderais la permission de vous lire, si vous ne le connaissiez déjà, touche à une question toute d'actualité et qui, de plus en plus, tend à devenir à l'ordre du jour parmi beaucoup d'entre nous. Son titre seul pourrait déjà vous en indiquer les tendances; dans tous les cas, le voici :

Nous ne pouvons, faute d'espace, reproduire cet article fort bien écrit, qu'on trouvera dans le *Concours Médical, nos 9 et 10* et intitulé : *L'Association des Médecins. Ce qu'elle a fait. Ce qu'elle fait. Ce qu'elle pourrait faire.*

Ainsi donc, après avoir si bien mis le doigt sur les difficultés de plusieurs ordres qui nous arrêtent dans notre marche progressive vers un état de choses meilleur, la conclusion de M. le Dr Otukone serait celle-ci :

Ce que l'Association générale ne peut faire, il serait donné aux Sociétés locales de le réaliser. Il suffirait, pour cela, que, dans chaque département, les médecins de ces Sociétés se fractionnent en autant de cercles restreints qu'on le jugerait à propos, suivant la configuration, les usages, les besoins différents des localités; chacun de ces cercles, créant ainsi un foyer plus limité d'intérêts communs où pourraient se discuter avec plus de facilités, moins de perte de temps et moins de frais de déplacement, toutes les mesures propres à y donner satisfaction; et cela, sans qu'il fût besoin de toucher à aucun rouage de notre Association, sans dénouer, ni relâcher aucun des liens qui ont formé notre Fédération.

A cette perspective alléchante, M. le Dr Barat-Dulaurier répondait il y a quatre mois par les deux faits suivants : (*Concours médical, 31 mars 1883.*)

Quand l'association de Senlis (Oise), a voulu

se transformer en association départementale, parmi ses statuts elle avait inscrit celui-ci. Elle a pour but : 1º............ 2º de donner aide et protection à ses membres en se subtituant, dans la personne de son Président et de son Conseil d'administration, aux confrères associés pour poursuivre devant qui de droit les empiriques, les charlatans, les rebouteurs.........

Eh bien sur les injonctions de l'autorité préfectorale, ce texte trop précis a dû disparaître, et la Société de l'Oise a dû rester comme les autres, une société de secours mutuels.

Plus récemment, un autre fait s'est produit, plus probant encore, s'il est possible. On sait que M. Surmay, de Saint-Quentin, avait émis au sein de l'Association générale un vœu tendant à faire rentrer les membres de Sociétés de secoure mutuels dans les rangs des clients ordinaires ou, tout au moins, de ne leur accorder que des faveurs bien éloignées de leurs prétentions. Or, dans une lettre adressé au *Scalpel de Liège*, M. Surmay nous affirme que le Gouvernement est intervenu. Le Ministre de l'Intérieur a *officiellement* avisé la Société locale de Saint-Quentin et l'Association générale de France, que la question des rapports entre les Médecins et les Sociétés de secours mutuels était en dehors de *l'Association mutuelle*, qui est l'unique objet de nos Associations, et que celles-ci n'avaient plus désormais à s'en occuper.

Serait-il donc prouvé, Messieurs, que notre Association n'est et ne peut-être qu'une Société de secours mutuels, impuissante, de par ses statuts, à réaliser une partie du programme qu'elle avait inscrit sur son drapeau ?

Et, dans ce cas, ne pouvant continuer à piétiner sur place, nous faut-il chercher dans la révision de ces statuts, le moyen de sortir de l'impasse dans laquelle nous sommes fourvoyés ?

A supposer que la chose fût possible, ce serait peut-être lâcher la proie pour l'ombre.

Ou bien, nous faut-il conclure avec notre confrère Barat-Dulaurier, que c'est dans la création de nombreux syndicats, agissant à côté de l'Association, mais en dehors d'elle, que nous devons placer nos espérances ?

Regardée d'abord avec défiance par notre Conseil général, cette idée de syndicats, il faut le reconnaître, a fait, depuis, bien du chemin. Leur mouvement d'expansion assez rapide, favorisé dans la presse par la propagande d'un journal fort bien rédigé, a depuis quelque temps préoccupé en divers sens plusieurs de nos Sociétés locales; et aujourd'hui nous en pourrions citer, comme celles de la Drôme, de Seine-et-Marne, de la Vienne, du Cher, des Vosges, de l'Yonne, de la Dordogne.... qui se montrent favorables à ce mouvement, quelques-unes mêmes disposées à en prendre l'initiative.

Si, jusqu'ici, nous sommes restés bien en arrière du but que nous nous étions proposés en fondant notre association; si beaucoup de médecins en sont encore à vivre dans un état d'hostilité injustifiable, se faisant une concurrence inepte, et par conséquent désarmés en face des coalitions et des parasites qui les menacent ou les ruinent, exploités qu'ils sont de tous côtés et par le public et par l'Etat, par les administrations, par la justice, par les sociétés de secours et bien d'autres; cela tient, dit le Docteur Lasalle, à ce qu'ils restent encore, pour la plupart, isolés, séparés par l'indifférence, ou découragés.

Cela est parfaitement vrai, et il faut bien le dire, les réunions beaucoup trop rares de nos Sociétés locales ne répondent en aucune façon aux besoins réels et aux intérêts du corps médical. Elles sont trop peu suivies et on se désintéresse vraiment trop de ce qui s'y passe. La moralisation de notre profession, aussi bien que l'amélioration de notre situation matérielle ne saurait être obtenue sans l'établissement de rapports fréquents et suivis entre confrères.

A ce point de vue, les syndicats, et surtout les petits syndicats, sembleraient offrir une incontestable supériorité.

Si nous cherchons maintenant quelles objections ont été formulées contre les syndicats, nous voyons qu'elles ont été dictées :

1º Par la crainte de les voir tout d'abord frappés d'illégalité.

2º Par la crainte de les voir nuire à notre Association générale.

3º Par celle de porter atteinte à nos plus chères libertés, à notre indépendance.

4º Par celle enfin de voir les médecins, entraînés par la force des choses, à passer du rôle d'exploités à celui d'exploiteurs.

Pour la 1ère objection on répond :

Sans chercher à former une Société civile, s'ils en ont peur, qu'est-ce qui peut bien empêcher des médecins, qui ne seront même jamais vingt de se réunir en syndicat, ou cercle restreint à une région déterminée, car il ne s'agit pas ici d'un arrondissement, d'une circonscription administrative spéciale, mais bien d'une région quelle qu'elle soit ou les mêmes usages, les mêmes habitudes, créent aux médecins qui l'habitent des besoins et des intérêts communs ?

Jusqu'ici, du reste, nous n'avons encore vu aucun syndicat arrêté de par l'autorité dans son essor; mais, en revanche, nous avons vu, chose nouvelle, l'autorité capituler devant un syndicat. Voici, en effet ce qui vient de se passer dans le Lot-et-Garonne : Poursuivant un résultat pratique, le syndicat de Lot-et-Garonne, dit notre confrère Boell (de Beaugé), a commencé par être.... pratique; il a énergiquement proclamé l'abstension, la grève. Qu'en est-il résulté ? Cette lettre va nous l'apprendre :

« Très honoré Confrère,

« Le président du syndicat de Lot-et-Garonne me charge de porter à votre connaissance que, par suite de l'intervention du Conseil des syndicats, les honoraires médico-légaux ont été ainsi réglés d'un commun accord : « A l'avenir, le parquet et le juge « d'instruction régleront eux-mêmes le prix des « honoraires pour les opérations et expertises « médico-légales, au moyen de vacations de jour et « de nuit, du prix de 3 fr. et de 4 fr. 50. Le juge « accordera un nombre de vacations équivalant au prix « moyen des honoraires fixés par le tarif du syndicat. »

« Ainsi, par exemple : une autopsie d'adulte sera payée en moyenne 100 fr.; celle d'un enfant de 50 à 60 fr.; l'examen au spéculum 10 fr., etc.

« En conséquence le syndicat de Lot-et-Garonne, poursuivant un but pratique, renonce à mettre en exécution jusqu'à nouvel ordre, et tant que l'accord subsistera avec le parquet, les résolutions votées dans la séance du 28 janvier 1883.

« *Le Secrétaire :*

« Dr Cassius. »

A la 2e objection on a répondu ceci :

L'association générale n'est, en fait, qu'une Société de secours mutuels; elle amasse, progresse et fait le plus de bien possible en secourant les infirmes et les déshérités de la profession, en assistant les veuves et les orphelins : il n'est personne qui méconnaisse les sentiments élevés et généreux qui ont donné naissance à une pareille institution, personne qui en discute l'utilité (Dr Geoffroy). Mais elle ne saurait s'occuper des détails multiples de l'exercice de la médecine, et des intérêts matériels, trop souvent en souffrance, hélas! de ce qu'on a appelé le tiers-état de notre profession médicale.

A l'association, disait le Dr Lasalle (assemblée des médecins de la Gironde, 25 février 1883), à elle seule l'œuvre de prévoyance charitable et de protection du corps entier; à elle la discussion des questions délicates de déontologie; à elle la défense de l'honneur professionnel dont elle restera toujours la gardienne vigilante.

Aux syndicats, au contraire, la solution des questions de pratique journalière, et des moyens d'action appropriés à chaque région. Sociétés essentiellement militantes, ces dernières doivent compléter l'œuvre de l'association en soutenant le praticien dans les luttes qu'il a chaque jour à livrer dans l'exercice de son état.

On a dit aussi, troisième objection, que les syndicats entraveraient la liberté, diminueraient l'indépendance du médecin.

A cela les défenseurs des syndicats répondent: Que jamais une loi librement consentie n'a été regardée comme une entrave à la liberté de ceux qui la consentent, car une Société ne peut vivre sans la loi. Que personne n'est forcé d'adopter leurs statuts, que ceux à qui ils conviennent et qui, dès lors, s'engagent sur l'honneur à les respecter. Que les avoués, les notaires ont une chambre et un syndic, que les avocats ont un ordre et un bâtonnier, ce qui ne fait pas que leur indépendance soit menacée, ni leur liberté amoindrie, si ce n'est celle de mal faire.

Quant à la quatrième objection, bien qu'on nous l'ait jetée à la face à nous-même, il y a quelques années, vous vous en souvenez sans doute, nous pensons que, d'ici longtemps, ce ne peut être que dans le royaume d'utopie que les médecins s'associeront pour exploiter et pressurer le pauvre monde.

Mais il ne faut pas non plus que le client s'imagine, comme le disait le Dr Saint-Philippe, que parce que les médecins veulent être payés, ce sont des hommes d'argent qu'une pièce d'or peut mettre en mouvement comme de vulgaires bateleurs. Il ne faut pas qu'il croie qu'avec sa pièce à la main, il aura toujours, et dans n'importe quelle circonstance, droit à notre visite; qu'il nous fera braconner sans aucune vergogne dans la clientèle d'autrui, contrôler malhonnêtement nos confrères, les remplacer brutalement, bref, commettre les mille petites vilenies que le code pénal n'atteint pas, mais que la conscience condamne sévèrement.

Que conclure de tout ceci, Messieurs? C'est à vous le dire. Quant à moi, qui n'ai fait ici qu'attacher un grelot, je pense qu'il serait bon à chacun de nous de bien peser le pour et le contre de ces choses avant de chercher à aviser; mais je pense aussi qu'il serait bon d'aviser, et je termine en vous disant : *Caveant consules.*

M. le Dr Benoist, de Saint-Nazaire, prend la parole : Il est complètement de l'avis du Dr Lecerf; il faut que l'initiative de chacun de nous supplée à l'impossibilité dans laquelle se trouve l'association générale de créer des institutions nouvelles qui ne sont pas autorisées par des statuts.

Une caisse de retraite de droit pour les médecins âgés est dans ce cas; à son avis, elle s'impose au corps médical français. Il nous apprend que quelques médecins et lui, travaillent cette question, dont la réussite lui est assurée, s'ils trouvent des adhérents.

Il a présenté, en 1876, à l'association générale, un projet de caisse de retraite qui eût fonctionné en 1886, c'est-à-dire dans trois ans, s'il eût été adopté; l'association enserrée dans les règlements et les statuts ne s'est même pas cru le droit de nommer un commissaire pour en faire l'examen. Aujourd'hui, il travaille avec quelques nouveaux confrères, à un nouveau projet qui pourra fonctionner en dehors de l'association à laquelle il prétend ne porter aucun préjudice, puisqu'il propose aux adhérents de stipuler dans leurs statuts qu'en cas de dissolution, les fonds restant en caisse feront retour à l'association.

Ce nouveau projet consiste simplement dans la constitution, au moyen de cotisations proportionnelles à l'âge (à l'instar de la caisse des pensions belges), d'un capital inaliénable qui produira des intérêts à 3, 4 ou 5 0/0.

Pour montrer la supériorité de son projet sur la Caisse de retraite de la vieillesse, et sur l'assurance sur la vie, le Dr Benoist entre ensuite dans des détails des chiffres qui intéressent vivement l'Assemblée et qui la convainquent tellement, que la plupart des assistants se déclarent adhérents : ils le prient de présenter son travail dans le plus bref délai.

M. Luneau, sollicité par ses confrères de prendre la parole sur la question des Syndicats, soulevée par M. Lecerf, rappelle qu'un groupe déjà nombreux de médecins de Nantes s'est formé pour étudier cette question; que la création d'un Syndicat résultera nécessairement des adhésions reçues jusqu'à ce jour, qu'il fait un nouvel appel à tous ses confrères, sans exception, pour élaborer les statuts de cette institution, dont le but peut se résumer en deux mots : amélioration des intérêts matériels de la profession et union confraternellle par le moyen des réunions fréquentes.

(*Extrait de la Gazette médicale de Nantes, de août* 1883.)

Les Syndicats et l'Association du Cher.

Nous avons pensé que nos lecteurs seraient heureux de connaître l'attitude prise à l'égard des Syndicats par l'Association des médecins du Cher.

Nous extrayons ce qui suit de la séance, tenue le 7 juin 1883, par cette Association.

Sur l'invitation de M. le Président, M. le docteur Bonnichon entretient l'assemblée du Syndicat médical de la région de Saint-Amand, dont il est le Président.

Les instigateurs de la formation du Syndicat avaient d'abord pensé à solliciter l'adhésion de tous les médecins exerçant dans l'arrondissement de Saint-Amand; mais les limites géographiques de cet arrondissement sont telles que bon nombre de praticiens n'ont que peu ou pas même de relations avec le chef-lieu. Il était plutôt de l'intérêt de ces derniers de s'adresser aux confrères des centres plus rapprochés d'enx; aussi, les médecins de la ville de Saint-Amand et des communes directement voisines se groupèrent-ils seuls. Aujourd'hui, le nombre des adhérents est de 17.

La première réunion du Syndicat eut lieu le 9 février 1882; elle fut consacrée au vote des statuts.

. . . .

Puis l'Assemblée nomma son bureau, qui fut composé ainsi :

Dr BONNICHON (Saint-Amand), Président;
Dr GOUGAY (Maulne, Allier), Syndic;
Dr BONNET (Lignières), id.
Dr COULON (Saint-Amand), Secrétaire-Trésorier.

Au mois de mai suivant, la première assemblée générale réglementaire eut lieu. Elle fut consacrée à la discussion et à l'approbation d'un tarif minimum d'honoraires. On y décida que des réunions intimes se feraient tous les mois, réunions dans lesquelles on parlerait d'affaires professionnelles. On s'entendit pour augmenter les prix des visites faites aux membres des sociétés de secours mutuels. Il fut convenu que les médecins syndiqués enverraient leur note à tous leurs clients, sans distinction, à la fin de l'année, selon une formule uniforme, et qu'au bout de six mois, ils renouvelleraient leur demande par une lettre de rappel uniformément libellée.

Dans des réunions suivantes, on traita la question des rapports entre les médecins et les bureaux de bienfaisance. A Saint-Amand, le service est gratuit; le Syndicat demanda une rémunération qui fut refusée. Alors les médecins décidèrent de rompre toutes relations avec le bureau de bienfaisance. Ils soignent les pauvres, gratuitement bien entendu, mais ils ne s'occupent pas s'ils sont ou non du bureau de bienfaisance, et n'indiquent pas sur leurs ordonnances la qualité de leurs clients.

Quant à la médecine cantonale, les membres du Syndicat ont résolu de n'aller voir les indigents du canton que dans les communes qui s'engagent à payer les visites à moitié du prix fixé par le tarif minimum, plus l'allocation départementale, bien entendu. Cette résolution a été portée à la connaissance de tous les maires du canton. Plusieurs ont accepté ces conditions.

Le Syndicat de Saint-Amand est entré en relations avec d'autres syndicats. Celui du Lot-et-Garonne entre autres lui a fait une communication qui intéresse tous les médecins. La lecture des deux lettres suivantes suffit pour faire comprendre ce dont il s'agit :

Layrac, le 11 février 1883.

Très honoré Confrère,

Dans sa séance du 18 janvier 1883, le Syndicat médical de Lot-et-Garonne ayant eu connaissance de la résolution votée par le Syndicat de l'arrondissement de Baugé a, comme lui, pris la résolution suivante :

« En principe, les médecins membres du Syndicat de Lot-et-Garonne refusent de faire les expertises médico-légales. Ils ne prêteront leur concours que dans les cas de flagrant délit prévus par l'article 475, nº 12, du code pénal.

« Le Bureau du Syndicat est chargé de faire connaître cette résolution aux syndicats médicaux existants. Celui de Lot-et-Garonne adoptera et mettra en pratique, dès qu'elle lui sera connue, la ligne de conduite acceptée par la majorité des Syndicats. »

En conséquence, je vous prie, très honoré confrère, de vouloir bien me faire connaître l'opinion de votre Syndicat relativement à cette question si importante de l'exercice de la médecine légale.

Recevez, honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le Secrétaire, Dr CASSIUS.

Layrac, le 30 mai 1883.

Très honoré Confrère,

Le Président du Syndicat de Lot-et-Garonne me charge de porter à votre connaissance, que, par suite de l'intervention du Conseil des Syndics, les honoraires médico-légaux ont été ainsi réglés d'un commun accord :

« A l'avenir, le parquet et le juge d'instruction règleront eux-mêmes le prix des honoraires pour les opérations et les expertises médico-légales au moyen de vacations de jour et de nuit, du prix de 3 francs et de 4 fr. 50 c. Le juge accordera un nombre de vacations équivalant au prix moyen des honoraires fixés par le tarif du Syndicat ».

Ainsi, par exemple, une autopsie d'adulte sera payé en moyenne 100 francs; celle d'un enfant, de 50 à 60 francs; l'examen au spéculum, 10 francs, etc., etc.

En conséquence, le Syndicat de Lot-et-Garonne, poursuivant surtout un but pratique, renonce à mettre à exécution, jusqu'à nouvel ordre et tant que l'accord subsistera avec le parquet, les résolutions votées dans la séance du 18 janvier 1883.

Je m'empresse, très honoré confrère, de vous transmettre ces résultats, en vous priant de les communiquer à votre Syndicat, et vous prie d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Le Secrétaire, Dr CASSIUS

A Saint-Amand, les membres du Syndicat se sont engagés à n'accorder leur concours à la justice, tant que la loi de 1871 ne sera pas modifiée, qu'en cas de flagrant délit.

M. Bonnichon termine en assurant ses confrères que tous les membres du Syndicat de Saint-Amand n'ont eu qu'à se louer de leur détermination. Le public n'a pas fait la plus légère objection; les notes sont bien plus régulièrement payées que par le passé et sur des bases beaucoup plus larges, puisque chaque médecin avoue une augmentation d'un quart des recettes ordinaires. Le Syndicat a été pour ainsi dire accepté par tout le monde, au plus grand avantage du praticien. C'est un exemple utile à suivre.

M. le Président Burdel remercie M. Bonnichon de sa communication et donne la parole à M. Courrèges, qui a bien voulu traiter le même sujet.

M. Courrèges s'exprime ainsi :

Messieurs et chers Confrères,

C'est de nos discussions antérieures qu'est née l'idée de créer des Syndicats médicaux dans le département; il est donc naturel, qu'en ma qualité de Secrétaire de l'une de ces associations récemment organisées, je vienne, sur l'invitation de notre honorable Président et de notre sympathique Secrétaire, vous rendre compte de nos efforts, et vous fixer sur les aspirations de notre nouvelle Société.

C'est d'après un engagement pris ici même l'année dernière, que deux de nos collègues et moi avons provoqué la création d'un Syndicat médical dans la région nord du département. Nous avons profité de l'exemple de nos confrères de Saint-Amand, que nous sommes heureux de saluer à l'avant-garde du progrès.

Notre honorable Président a bien voulu, lui aussi, nous aider de ses sages conseils. Qu'il me permette, au nom de mes collègues syndiqués et au mien, de lui en témoigner ici toute ma reconnaissance : sa réponse m'a prouvé qu'il était de cœur avec nous.

Notre appel a été entendu dans la région de l'arrondissement de Sancerre et une portion du cercle de Bourges : sur vingt praticiens environ, qui exercent dans la circonscription que nous avons choisie, quinze adressèrent leur adhésion, neuf étaient présents à la première réunion, tenue à Henrichemont, six avaient délégué leurs pouvoirs. La première séance fut consacrée à la nomination de la Chambre syndicale et au vote des statuts. Chaque jour apportera la pierre à cette constitution à peine ébauchée.

Plusieurs questions furent mises à l'ordre du jour; un questionnaire, dressé par le Secrétaire sur les indications recueillies en séance, fut adressé à chaque membre. La discussion des différentes réponses fut fixée au 19 mars 1883. Cette seconde réunion est la pierre de touche de notre association naissante. Tous les membres présents à l'organisation quittent leurs occupations et accourent à Henrichemont, chef-lieu de notre Société. Ce jour-là, est adopté un tarif moyen qui doit servir de base au jugement de la Chambre syndicale en cas de consultation sur un conflit entre médecin et client. Ce tarif est la résultante des prix adoptés dans la région. Tous les membres ont pris l'engagement d'honneur de se rapprocher des prix indiqués, en tenant compte des habitudes locales, qui ne sauraient longtemps résister à l'uniformisation du tarif.

Dans cette séance, a été voté également un règlement des rapports des Membres syndiqués entre eux à l'égard des visites et consultations en commun au lit des malades. Le Secrétaire du Syndicat est heureux de dire ici que les réponses écrites qui lui avaient été adressées de divers points de la circonscription étaient, sur ce sujet délicat, d'une unanimité parfaite, tant il est vrai que tout le monde avait compris que l'observation de ce point de déontologie médicale est la clef de voûte de l'Association syndicale.

L'ordre du jour pour la prochaine séance, en septembre, porte : « Discussion des rapports des médecins avec les diverses administrations. »

Chargé, en ma qualité de Secrétaire, de recueillir tous les renseignements utiles au Syndicat, je fais appel, chers collègues, à votre expérience pour nous aider dans la revendication des réformes si utiles à la dignité de notre profession. Vous voudrez bien également, cher et honorable Président, ne pas nous ménager l'appui de vos sages conseils.

C'est surtout pour l'étude de cette question que la création et le fonctionnement de Syndicats embrassant toutes les régions du département seraient utiles. Les Chambres syndicales venues des divers points du département, formant assemblée générale au chef-lieu, auraient une réelle autorité pour la défense de nos intérêts auprès des représentants de l'administration. C'est, à mon avis, le seul moyen d'arriver à la réforme des diverses obligations imposées par l'administration départementale. Nous ne refusons pas nos services, mais qu'on nous fasse au moins l'honneur, au préalable, d'en discuter les conditions.

Aujourd'hui, chers confrères, que le mouvement en faveur des Syndicats gagne tout le territoire et fait surtout des progrès parmi les praticiens de la campagne, vous ne voudrez pas rester indifférents à cet élan de solidarité. Vous, chers vétérans de la profession, vous viendrez, j'en ai le ferme espoir, nous apporter le tribut de votre expérience.

Je termine, chers confrères, en faisant un chaleureux appel à l'union pour la discussion et la défense de nos intérêts. Ne restons pas isolés et égoïstes, si nous voulons être forts et écoutés.

REVUE DE LA PRESSE MEDICALE

Syndicat et Caisse des Pensions de droit.

On lit dans le bulletin de la *Loire médicale*, page 235 et suivantes, l'intéressante étude qui suit :

Des questions importantes ont été récemment agitées dans la presse médicale et, à la dernière assemblée générale de l'*Association des Medecins de France*, à Paris : Syndicats, défense des intérêts professionnels et Caisse des pensions de droit. Notre

Société locale ne saurait rester indifférente au milieu des mouvements d'opinion qui se manifestent dans des sens plus ou moins opposés, et il nous paraît désirable, qu'après épuisement de l'ordre du jour habituel, la prochaine réunion ouvre une discussion approfondie sur ces sujets d'actualité. Des polémiques nombreuses et intéressantes (1) ont déjà vu le jour; elles continuent, car la matière est loin d'être épuisée. Il nous paraît utile de résumer la situation; nous la ferons suivre de quelques réflexions personnelles.

L'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France est la fédération de 96 sociétés locales également réparties dans les divers arrondissements et départements de France et d'Algérie. Cette fédération, qui remonte à 1859, est dûe à l'initiative de la Société de la Gironde; le nombre des Associations locales, encore très restreint à cette époque, prit, aussitôt un développement rapide. Le chiffre actuel des adhérents est de 8250 (mars 1883).

L'Association générale se proposait un triple but:

1° Moralisation professionnelle;

2° Défense des intérêts du corps médical;

3° Création de caisses de secours et de pensions.

De quelle façon a-t-elle rempli son programme? Quelles sont les critiques qu'on lui adresse, ou les améliorations qu'on lui réclame?

I° *Moralisation professionnelle*, — Il n'est pas question, sous ce titre, de l'honnêteté du médecin vis-à-vis de sa clientèle; elle n'a été mise en doute à aucune époque. Il s'agit des rapports des médecins entre eux. Ceux dont l'existence médicale ne remonte guère à plus de dix ou quinze ans, ne sauraient, paraît-il, avoir une idée bien nette des rivalités bruyantes qui existaient jadis entre certains membres de la profession; les querelles et les procédés discourtois étaient journaliers, et ne tendaient à rien moins qu'à rehausser les médecins dans l'estime du public. En ménageant les occasions de se réunir, de se voir, et par là même de s'apprécier, l'Association a dissipé bien des malentendus et apaisé les haines qui en dérivent. L'intervention d'amis communs a pu faire le reste, et, si nous n'avons pas encore, sous ce rapport, l'âge d'or de la profession ou le paradis terrestre, au moins notre époque voit-elle infiniment moins de ces discussions déplorables. De l'aveu général, l'Association, en rapprochant les individualités, a rendu le plus signalé des services à la famille médicale; le respect mutuel est le commencement de la sagesse.

II° *Défense des intérêts professionnels.* —On retrouve dans les comptes-rendus annuels de l'Association générale, la preuve manifeste de sa sollicitude pour tout ce qui touche à la profession. La révision des lois qui régissent l'exercice de la médecine, la médecine des indigents, la protection des enfants du premier âge, l'inspection médicale des écoles, la patente, la vaccination obligatoire, les rapports des médecins avec l'Etat, ont été traités à diverses reprises. L'Association est intervenue heureusement, en maintes circonstances, dans les cas de responsabilité médicale, dans les discussions d'honoraires, dans les conflits entre confrères, dans la répression de l'exercice illégal.

Si la plupart des questions ont été abordées, il faut bien reconnaître qu'elles n'ont pas reçu les solutions légales réclamées. Il reste, par conséquent, beaucoup à faire, mais il serait injuste de méconnaître la bonne volonté et la constance des efforts. En admettant, ce qui nous paraît hors de conteste, que la notoriété personnelle et la considération légitimement acquises doivent exercer une influence auprès des Pouvoirs publics, il nous paraît difficile que d'autres réussissent où le Conseil général a échoué.

Au surplus, est-ce bien aux personnalités dirigeantes qu'il faut s'en prendre? L'Association est constituée en Société de prévoyance et de secours mutuels; elle n'a pas qualité pour intervenir officiellement en matière de réformes législatives; son rôle ne peut être qu'officieux. Au-delà, apparaît la menace d'un rappel à l'observation des Statuts.

Fallait-il rester indéfiniment dans le *Statu quo*, et, malgré la justice de nos réclamations, attendre placidement le bon plaisir du Parlement?

Quelques médecins ont recherché alors s'il ne serait pas possible, même avec la législation existante, d'améliorer leur situation matérielle et de défendre leurs intérêts professionnels. Des syndicats régionaux comprenant un canton, un arrondissement, une circonscription quelconque, se sont formés. Les aspirations identiques, les intérêts communs sont une cause puissante de rapprochement, et, depuis deux ans, l'institution a prospéré; elle est en train de se généraliser. Le but principal des syndicats médicaux est de relever la situation matérielle de la profession. Pendant que le prix de toutes choses augmentait, les honoraires médicaux étaient restés stationnaires, et tel médecin qui pouvait vivre honorablement, il y a 30 ans, avec les prix anciens, se serait trouvé, de notre temps, dans l'impossibilité de faire face à ses dépenses et à l'éducation de sa famille. Mais la question du relèvement des honoraires n'est pas aussi simple qu'on le suppose; qu'une sommité tarife à son aise, le public accepte tout de sa part, en maugréant quelque peu. Qu'un praticien ordinaire essaye de suivre isolément cet exemple, sa clientèle se dissipera comme une fumée. Une entente préalable est donc indispensable; les syndicats la réalisent, et tant qu'ils resteront dans de justes limites, nous n'avons qu'à les applaudir. Qu'ils améliorent la situation vis-à-vis de l'Etat ou des particuliers, nous ne voyons pas en quoi ils peuvent porter ombrage à l'Association générale. Celle-ci a pour objectif le relèvement moral et matériel de la profession et devrait suivre avec plaisir, encourager même les efforts individuels tentés dans l'une de ces voies. Tel ne paraît pas cependant avoir été le premier mouvement du Conseil général. Le malencontreux rapport de M. Martineau, eu 1882, reflète des sentiments peu simpathiques; nous avons vu avec satisfaction que le Secrétaire général de 1883, M. A. Foville, revenait à une plus saine appréciation.

(à suivre)

(1) Voir *Concours médical* 1883 — 17 février, 3, 10, 31 mars, 7, 14, 21 avril, 26 mai, 2 juin, 7 juillet, — *Journal de médecine de Bordeaux.* — 8 avril — 29 juillet — *Gazette hebdomadaire,* — *Tribune médicale,* etc...

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

10 Novembre 1883 Organe officiel des Syndicats des Médecins de France 5me Année. — No 45

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Bouley* lit un rapport, au sujet d'une note communiquée à l'Académie, sur la culture du microbe de la morve, et la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture, par MM. Bouchart, Capitan et Charrin.

M. Bouley affirme que les recherches de ces auteurs démontrent que la morve doit être rangée, dès maintenant, dans la catégorie des maladies microbiennes, puisque son microbe a pu être vu, saisi, cultivé dans des milieux appropriés et reconnu tout aussi actif, comme élément de la virulence, après des cultures successives, que la matière virulente puisée directement dans les lésions propres à la morve.

M. Bouley demande que les auteurs veuillent bien développer leur note, de façon à en faire un travail qui puisse être inséré dans les Mémoires de l'Académie.

M. *Colin* (d'Alfort) trouve que les expériences dont M. Bouley a rendu compte sont trop écourtées et trop peu nombreuses; il regarde comme dénuées de valeur celles qui ont été faites sur des cobayes, des chats, des lapins, ces animaux ne contractant pas la morve. Les chancres d'inflammations ganglionnaires qui ont suivi, chez ces animaux, les tentatives d'inoculation se développent chez eux toutes les fois qu'on leur inocule du pus irritant ou des matières septiques.

Les expériences qui ont porté sur des solipèdes ont, sans doute, plus de valeur, mais il ne faut pas oublier que les animaux dont on se sert sont vieux, usés et placés dans des conditions hygiéniques telles que la morve chronique est très fréquente chez eux.

Pour ce qui est du degré de culture, aucune n'a dépassé le cinquième degré, c'est-à-dire que l'on s'est servi d'un virus pris au premier, au deuxième, au troisième, au quatrième, au cinquième jour après la mort. On a donc employé une matière virulente qui avait cinq jours au maximum : or, les expériences de M. Renault ont prouvé que la virulence pouvait se conserver pendant des mois, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer la présence d'un organisme vivant.

Enfin, ajoute M. Colin, Davaine a démontré que des dilutions au millionième renferment encore des éléments organiques tels que globules du sang, de la lymphe : or, c'est justement aux globules sanguins blancs ou rouges que M. Colin croit la virulence attachée.

Revenant, à ce propos, sur une communication antérieure de M. Cornil, M. Colin affirme qu'il lui a été impossible de trouver dans les préparations présentées par ce savant, au sujet de la tuberculose, autre chose que de petits filaments colorés en bleu, filaments qui n'avaient nullement les caractères propres aux bacilles.

Dr J. GEOFFROY

TRAVAUX ORIGINAUX

Réflexions au sujet d'un cas de tétanos.

Par le Dr CARRIÈRE,

De Saint-André-de-Valborgne, Gard.

N'est-il pas du devoir de tout médecin soucieux des progrès de la science ou de l'art, de contribuer, dans la mesure de ses moyens, à enrichir la statistique des affections pathologiques dont l'histoire présente des points litigieux et obscurs, afin de multiplier les éléments d'une étude plus approfondie ? Le tétanos étant une maladie assez rare dans nos contrées et encore peu connue au point de vue de la pathogénie, de la physiologie pathologique et du traitement, il m'a paru intéressant et utile de publier l'observation suivante :

OBSERVATION.

Le 27 septembre 1883, à neuf heures du matin, j'étais appelé pour la première fois auprès d'un jeune garçon de douze ans, de constitution chétive, d'un tempérament sec et nerveux. Pas d'antécédents morbides à relever. La veille au matin, il était allé courir dans les bois pour chercher des champignons ; il en revint tout courbaturé, se plaignant d'une raideur des mâchoires et du cou qui l'empêcha de manger ; il fut obligé de prendre le lit et son état n'a fait qu'empirer depuis. Les parents, redoutant une phlegmasie thoracique s'étaient empressés, de par l'inébranlable et absurde routine qui règne dans nos campagnes, d'appliquer sur un côté de la poitrine un immense vésicatoire qui, dans le cas présent, n'avait d'autre avantage que d'augmenter la gêne respiratoire et d'exaspérer les souffrances.

Je trouve ce malade dans une attitude des plus caractéristiques : décubitus dorsal : tête renversée en arrière, cou projeté en avant, formant avec le tronc, un arc à concavité postérieure (opisthotonos) ; les traits du visage sont douloureusement contractés, sans former toutefois l'expression sardonique ; les mâchoires sont serrées (trismus), les membres un peu raides et dans l'extension. De temps en temps, le pauvre patient éprouve un sentiment de suffocation et s'écrie qu'il étouffe ; il demande à tout instant à être changé de position et se fait transporter d'un lit à l'autre. Toutes les deux ou trois minutes au plus, les crampes musculaires toniques redoublent, c'est-à-dire que les parties où siège la contracture tétanique sont saisies d'une convulsion brusque et passagère semblable à une secousse électrique ; ces paroxysmes convulsifs sont très douloureux et provoqués par les excitations les plus légères. Le pouls est très accéléré, à 125 la peau chaude — 38,° 8 — et ruisselante de sueur. Le malade a soif et peut encore avaler les liquides. Les facultés intellectuelles sont intactes.

Voilà bien le tableau complet du tétanos aigu à marche continue et progressive. Le *diagnostic* sautait à l'œil. Il s'agissait d'en rechercher l'origine étiologique. En interrogeant cet enfant, j'ai appris que, sept à huit jours auparavant, soit le 20 septembre, il s'était piqué à la jambe gauche avec la pointe d'un trident, il en avait boîté pendant quelques jours et puis avait cessé de s'en préoccuper ; cependant il existe au point blessé, sur la cheville externe de la jambe gauche, une grosseur du volume d'une noisette, molle, non douloureuse ; la peau qui la recouvre est rouge et percée d'une petite ouverture à travers laquelle on fait soudre, par la pression, de la sérosité purulente. De plus, ce sujet s'est exposé au froid ou du moins s'est plaint de frissons à plusieurs reprises, deux ou trois jours avant l'apparition du trismus. Il faut noter, en outre que nous sommes à la saison qui, d'après les statistiques, semble être la plus favorable à la genèse du tétanos, sans doute à cause des variations de température entre le jour et la nuit. On peut donc faire intervenir ici l'action combinée du traumatisme et du froid ; mais ces deux facteurs étiologiques méritent tout au plus d'être considérés comme des conditions prédisposantes ou occasionnelles, au-dessus desquelles il faut admettre, comme cause première et efficiente, une prédisposition mystérieuse dont la nature intime nous échappe et qui se révèle seulement à nous par ses effets. Ainsi le tétanos ne serait pas, pour parler le langage de l'école de Montpellier, un principe morbide essentiel, une affection spécifique, mais simplement un acte morbide fonctionnel, du mécanisme réflexe, résultat d'une aptitude spéciale et secrète de l'organisme que peuvent mettre en jeu des provocations banales et diverses, internes ou extérieures. Le même mystère du reste plane sur la plupart des problèmes étiologiques.

Le *pronostic* était évidemment très grave à cause de la continuité des contractions tetaniques, et de la succession rapprochée des accès convulsifs.

Prescriptions : Tenir le malade au repos, et l'entourer d'un calme absolu ; l'alimenter légèrement avec du lait et du bouillon ; administrer toutes les trois heures une cuillerée à dessert de la potion suivante :

Bromure de potassium..........		8 grammes.
Hydrate de chloral............		4 —
Eau distillée de menthe........	ââ	30 —
— de fleurs d'oranger..		
Sirop de gomme		60 —

Mêlez.

La maladie a suivi une marche tellement rapide qu'elle ne m'a pas laissé le temps d'éprouver l'efficacité de ces remèdes ni d'en essayer d'autres : à une heure de l'après-midi, l'agonie commençait : le tétanos s'est généralisé et produit l'asphyxie ; la connaissance est abolie, le visage cyanosé et les traits affreusement tirés. Les pupilles sont insensibles ; les mâchoires plus fortement serrées, les membres supérieurs contractés dans la flexion ; la respiration s'effectue péniblement par de petits mouvements saccadés ; le pouls est excessivement fréquent et très faible ; la peau est brûlante et couverte d'abondantes sueurs. Enfin la mort est survenue vers deux heures de l'après-midi, soit trente heures après le début du tétanos.

RÉFLEXIONS.

Il est d'autant pénible d'assister à l'évolution

lugubre de cette redoutable névrose qu'on n'a, pour la combattre, que des ressources incertaines et souvent stériles — la mortalité variant de 87 à 97 0/0. La multiplicité et la divergence des médications proposées, trahissent en effet leur impuissance. Le rôle du praticien consiste néanmoins à lutter jusqu'au bout avec énergie et persévérance, en vertu du *meliùs anceps quam nullum.*

Nous allons passer en revue les principales méthodes thérapeutiques que l'on a tour à tour essayées contre cette maladie.

Il convient, tout d'abord, d'entourer le malade de chaleur et de repos; on le placera autant que possible dans une chambre capitonnée et obscure; on lui obturera le conduit auditif externe avec du coton; on lui évitera en un mot toutes les impressions extérieures qui pourraient exciter les spasmes tétaniques (*traitement par l'édredon*).

Cela fait, on s'occupera de l'état local s'il y a lieu (indication causale). On aura soin de débarrasser la plaie de tout corps étranger, et on appliquera un pansement approprié. On ne songera à l'amputation que si elle est justifiée par l'état de la blessure. Il serait plus rationnel de tenter la *névrotomie* conseillée par Richelot.

Si l'alimentation est entravée par le trismus, on cherchera à introduire les liquides soit par l'ouverture que laisse une dent absente, soit par l'espace vide qui existe entre la dernière molaire et le bord externe de l'apophyse coronoïde. Si le spasme pharyngien gênait la déglutition, on aurait recours au cathétérisme de l'œsophage pratiqué en introduisant la sonde par les fosses nasales; on utiliserait enfin la voie rectale et hypodermique.

En raison de l'origine possible du tétanos *à frigore*, on a préconisé les bains de vapeur; mais la médication sudorifique est-elle bien opportune dans une maladie qui s'accompagne ordinairement d'abondantes sueurs symptomatiques? On doit accorder plus de confiance aux *bains chauds prolongés*, qui ont procuré quelques succès entre les mains de Blachez et de Dionis d'Auxerre. Cependant Romberg et d'autres médecins les ont repoussés pour le motif que les manipulations qu'ils nécessitent sont autant de causes d'exacerbation pour les spasmes. On peut leur reprocher aussi d'être d'une administration peu commode à la campagne et d'exposer aux refroidissements.

L'*opium* a été fréquemment employé, et il a pour principal avantage de calmer les douleurs; on est allé jusqu'à 2 grammes d'opium en vingt-quatre heures. On donnera, en général, la préférence aux injections sous-cutanées de morphine (2 à 10 centigrammes par jour). Les signes d'une action favorable sont la cessation des douleurs et la rémission des crises spasmodiques. Dès qu'il se manifestera une amélioration, on diminuera ou on espacera les doses afin d'éviter le narcotisme. — Il est à remarquer que les substances les plus actives peuvent être employées à des doses très élevées par suite d'une tolérance particulière et anormale, inhérente sans doute à la nature du tétanos.

L'*hydrate de chloral*, employé d'abord par Langenbeck et par Verneuil en 1870, est très en faveur aujourd'hui. Jaccoud a obtenu la guérison avec le chloral dans deux cas de tétanos *à frigore*; les doses quotidiennes étaient portées jusqu'à 12 et 15 grammes. On l'administrera de préférence par la bouche ou en lavement, et ce n'est qu'en dernière ressource qu'on aura recours aux injections intra-veineuses tant prônées par Oré, de Bordeaux.

Le *bromure de potassium* mérite aussi d'être recommandé. Il a réussi dans nn cas de Besnier, en 1872, et dans un cas de Panas. Il est conseillé par Rabuteau, à cause de ses propriétés physiologiques. Le Dr Regnault, professeur à l'école de médecine de Rennes, a rapporté, dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* du 15 novembre 1879, plusieurs guérisons obtenues par l'emploi de ce sel, à la dose de 12 à 20 grammes par jour chez les adultes et de 4 à 10 grammes chez les jeunes sujets. Il s'agissait, il est vrai, de tétanos chronique.

Gardariano a vanté les inhalations de *chloroforme*, et a fourni un exemple de guérison à l'appui.

Cullimore doit un succès aux injections hypodermiques d'*atropine*: 3 injections de 0,001 le premier jour; puis une injection de 0,0015 toutes les quatre heures, pendant les six jours suivants.

Afin de compléter la liste des traitements qu'on a essayés avec des apparences variables d'efficacité, nous mentionnerons encore l'emploi du *tabac* (O'Reilly, Hanghton, Babington); de l'*aconit*; du *haschich* (Beron de Kosou, Cock et Wilks, Skues de Honduras); de la *fève de Calabar*, du *curare*; des *applications permanentes de glace* sur l'épine dorsale (Carpentier en Amérique); des *courants continus ascendants*, le pôle positif étant appliqué sur la nuque et le pôle négatif au niveau des dernières vertèbres lombaires (voir la thèse du Dr J. Teissier).

Au lieu de crier au succès, en présence de guérisons si exceptionnelles, et attribuées à des moyens si divers, ne serait-il pas plus sage de méditer cette réflexion profonde de Trousseau: « Quand on est consciencieux, toutes les fois qu'un malade guérit, on doit se dire: *C'est peut-être malgré mon remède?* »

Il résulte de cette courte et modeste étude, qu'il est actuellement impossible d'étayer une médication classique sur les documents complexes et contradictoires que présente la thérapeutique du tétanos. Les médicaments sur lesquels il faudra le plus compter, après les précautions prophylactiques et les soins hygiéniques, nous paraissent être le chloral, la morphine et le bromure de potassium qu'on pourra associer d'ailleurs de la façon suivante: le bromure en potion, le chloral en lavement, et la morphine en injections sous-cutanées. Si ce premier traitement échoue, il faudra s'adresser aux bains tièdes prolongés ou aux autres agents que nous avons cités.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DE PENSIONS DU CORPS MÉDICAL BELGE

La *caisse des pensions* a été créée en Belgique en 1870. Quelques modifications aux statuts primitifs ont été apportées par les assemblées générales : les statuts que nous publions sont le fruit de quatorze années d'études et d'expériences.

Statuts de la caisse de pensions du corps médical belge. (Médecins, pharmaciens et médecins-vétérinaires).

CHAPITRE PREMIER.

Institution et Administration.

Article premier. — Il est institué à Bruxelles une caisse de pensions pour les médecins, chirurgiens, accoucheurs, officiers de santé, pharmaciens et médecins-vétérinaires, légalement admis à exercer leur profession en Belgique, pour leurs veuves et leurs orphelins mineurs.

Une caisse de secours sera annexée à la caisse de pensions du corps médical belge. Elle sera alimentée exclusivement par des dons volontaires, portant l'indication formelle de cette destination, et sera gérée par le comité-directeur de la caisse de pensions, avec une comptabilité entièrement distincte.

Art. 2. — Pour participer à la caisse de pensions, il faut être présenté par deux membres affiliés, administrer la preuve qu'on appartient au corps médical du pays, et prendre un engagement conforme au modèle ci-dessous (1).

Art. 3. — Ne peut s'affilier à la caisse de pensions, ni continuer à en faire partie, le membre du corps médical convaincu de faits qui entachent l'honneur de l'homme, ou qui compromettent gravement la dignité professionnelle.

Art. 4. — La caisse est gérée par un comité-directeur, sous la surveillance d'un conseil d'administration. Le mandat des membres de ces deux collèges est gratuit : il ne leur sera alloué que l'indemnité de voyage et les frais de bureau.

Art. 5. — Le *comité-directeur* est composé de sept membres, tous participants : un président, un secrétaire, un trésorier et quatre contrôleurs.

(1) Je soussigné... (nom, prénoms et qualité)... demeurant à... présenté par MM.... né à..., le....; diplômé le....

Déclare par la présente m'affilier à la caisse de pensions du corps médical belge et adhérer a ses statuts.

Fait à...., le....

(Signature).

Il représente la Société vis-à-vis des tiers. Le secrétaire a la garde des archives.

Il peut s'adjoindre un secrétaire suppléant, pris parmi les contrôleurs, et à leur défaut, parmi les affiliés habitant l'agglomération bruxelloise. Dans le dernier cas, le choix devra être ratifié par le conseil d'administration.

Les membres du comité sont nommés pour trois ans par le conseil d'administration; ils sont rééligibles.

Ils s'assemblent au moins une fois par trimestre, et peuvent délibérer au nombre de trois membres, après convocation régulière de tout le comité. Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire.

En cas de vacance, le comité-directeur a la faculté de désigner provisoirement, pour la place vacante, un membre du comité ou du conseil d'administration.

Sera réputé démissionnaire du comité tout membre de ce collège qui, sans motifs valables, aura manqué à quatre séances consécutives.

Art. 6. — Le *conseil d'administration* est composé de 18 membres, tous participants, dont un au moins par province (1).

Il choisit dans son sein un président, deux vice-présidents et un secrétaire.

Les membres du conseil sont nommés par l'assemblée générale des participants, à la majorité absolue des suffrages, pour le terme de six ans. Le renouvellement s'opère tous les trois ans par moitié (2), et les membres sortants ne sont pas immédiatement rééligibles.

Le membre nommé en remplacement d'un administrateur décédé ou démissionnaire achève le terme de celui-ci.

L'assemblée générale pourra nommer des membres suppléants qui remplacent de droit les titulaires empêchés.

Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par an. — Il peut être convoqué plus souvent par son président, assisté du secrétaire.

Il nomme les membres du comité-directeur, détermine les attributions de chacun d'eux, et contrôle leur gestion.

Il peut délibérer au nombre de sept membres. Les résolutions sont prises à la majorité absolue des suffrages. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 7. — Le conseil d'administration, le comité-directeur, et les anciens dignitaires nommés membres d'honneur, forment le *conseil général* qui statue sur toutes les contestations en matière de pensions, de cotisations, etc., sur les cas d'exclusion, et en général, sur toutes les questions personnelles qu'il y aurait inconvénient à soumettre à l'assemblée générale.

(1) Ne sont pas compris dans ce nombre les administrateurs éventuels, membres bienfaiteurs, dont parle l'art. 52.

(2) Par exception, la première moitié sortante a été désignée par le sort, dans sa séance du 10 septembre 1872, et remplacée dans l'assemblée générale du même mois.

Le conseil général est convoqué par les présidents du conseil et du comité. Le plus âgé des deux préside, et, en cas de partage des voix, la sienne est prépondérante.

Pour que le conseil général puisse délibérer, il faut la présence d'au moins 12 membres.

Ses décisions sont actées immédiatement et signées par les deux présidents et les deux secrétaires.

Les affiliés s'obligent à recourir à l'arbitrage du conseil général, avant de s'adresser à toute autre juridiction.

Art. 8. — Une *Assemblée générale* de tous les participants a lieu chaque année à Bruxelles, de préférence en Septembre. Elle est convoquée et présidée par le bureau du conseil d'administration, assisté des membres du comité-directeur.

Le conseil ou le comité pourra, pour des causes graves et urgentes, convoquer une assemblée générale extraordinaire.

L'assemblée générale nomme le conseil d'administration, entend et approuve les rapports annuels des secrétaires du comité et du conseil. Elle arrête le bilan de la caisse et statue sur toutes les questions non prévues par les statuts. Les décisions de l'assemblée générale, statuant sur les questions portées à l'ordre du jour, sont obligatoires pour tous les affiliés. Ces décisions sont prises à la simple majorité des membres votants, sauf en cas de modifications aux statuts; celles-ci doivent rallier au moins les trois quarts des membres présents.

Dans aucun cas, ces modifications ne pourront porter atteinte aux principes fondamentaux de la Caisse.

Aucune motion ne sera mise à l'ordre du jour, ni discutée par l'assemblée, si elle n'a été formulée par écrit, signée par au moins cinq adhérents, et communiquée au secrétaire du conseil d'administration avant le 31 août.

CHAPITRE II.

Participations et cotisations.

Art. 9. — Les participants à la caisse paient annuellement une cotisation de 50 francs jusqu'à leur 40e année d'âge ; à partir de l'année qui suit celle où s'est accomplie la 40e année, la cotisation annuelle de tous les affiliés est de 100 francs (1).

L'assemblée générale pourra établir un droit d'admission pour les affiliés futurs ; elle en déterminera l'import. Le produit de ce droit d'entrée ne sera pas compris dans le partage annuel des 5/6 des recettes.

(1) Les participants âgés de moins de 40 ans paient annuellement 50 francs. Passé cet âge, leur cotisation est de 100 francs. En réfléchissant à ce fait incontestable, que les chances de mortalité par typhus, affections de poitrine, etc., par les fatigues et les accidents inhérents à la profession, sont bien plus nombreuses avant l'âge de 40 ans ; que, par conséquent, les pensions de leurs veuves et orphelins constitueront une lourde charge pour la Caisse, les jeunes praticiens trouveront équitable que la faveur accordée par l'art. 9 cesse à 40 ans. Le projet Dieudonné la limitait à la 33e année d'âge.

Art. 10. — Les cotisations sont exigibles le 15 février ; elles doivent parvenir franco au trésorier.

Jusqu'à la reconnaissance de la caisse de pensions, l'engagement individuel des sociétaires a pour garantie la loyauté des participants.

Art. 11. — En cas de non-paiement dans le mois qui suit l'échéance, la somme due porte intérêt à raison de 5 0/0 l'an, à partir du jour de l'échéance (1).

En cas de non-paiement au 30 septembre de la 2e année, le participant qui n'a pas obtenu des termes de paiement, est déchu de tout droit à la pension. Il est rayé des listes, sans qu'il soit besoin d'aucun acte de mise en demeure, et par la seule échéance du terme.

Art. 12. — Les sommes versées par le participant déchu et leurs intérêts, demeurent la propriété de la caisse.

Art. 13. — Lorsque l'affilié qui s'est retiré ou qui a été biffé pour non-paiement, veut participer de nouveau à la caisse, il est considéré comme n'y ayant jamais pris part.

Dans des cas dignes d'intérêt, le comité-directeur peut tenir compte des anciens versements aux membres déchus pour non-paiement, qui demandent à rentrer dans l'association.

Art. 14. — En cas de décès, les sommes versées par le participant décédé sont acquises en totalité à la caisse, y compris les intérêts.

Art. 15. — Les cotisations peuvent s'acquitter par anticipation, mais sans porter intérêt au profit du participant. En cas de décès, l'excédent de la somme versée par anticipation est restitué aux héritiers, s'ils le réclament dans les douze mois.

Art. 16. — La participation à la Caisse est présumée avoir commencé l'année qui suit celle de l'obtention du diplôme, quand la date de celui-ci est postérieure à la fondation de la Caisse. En conséquence, quelle que soit l'époque de l'affiliation, toutes les cotisations antérieures doivent être payées avec les intérêts composés à 5 0/0 l'an, à partir du 1er janvier après la date du diplôme de médecin, de pharmacien ou de médecin-vétérinaire.

Les membres du corps médical dont le diplôme est antérieur à la formation de la Société, doivent payer lors de leur affiliation, toutes les cotisations échues depuis l'existence de la caisse (depuis 1870), avec les intérêts composés, à 5 0/0 l'an.

Le comité-directeur peut accorder des termes de paiements.

Art. 17. — Le capital inaliénable se compose :

1° des cotisations annuelles et de leurs intérêts accumulés pendant les dix premières années :

2° du sixième des recettes ordinaires de chaque année subséquente;

3° des dons et legs faits à la caisse de pensions ;

4° éventuellement, des droits d'admission.

Art. 18. — Les cotisations arriérées ne sont comprises dans les recettes qu'après leur versement effectif à la caisse.

(1) Toutes les cotisations, qui ne seraient pas parvenues au trésorier, le 16 mars au plus tard, seront majorées des intérêts, calculés du 15 février.

CHAPITRE III.

Comptabilité et Contrôle.

Art. 19. — Il sera alloué au comité-directeur, pour frais d'administration, une somme à fixer annuellement par le conseil d'administration. A cet effet, le comité lui présentera un projet de budget, dans la séance qui précède l'assemblée générale annuelle.

Les bilans publiés par le comité-directeur renseigneront les diverses catégories de dépenses.

Art. 20. — Le trésorier est chargé du service des recettes et des dépenses. Le président et le secrétaire du comité-directeur signeront avec lui les principales pièces de comptabilité, et notamment tous les mandats de paiement et les demandes de retrait de fonds.

Art. 21. — Les livres et toutes les pièces relatives à la comptabilité sont à la disposition du comité-directeur et du conseil d'administration; ils peuvent être examinés, sans déplacement, par chacun de leurs membres et pendant les huit jours qui précèdent l'assemblée générale ordinaire, *par chacun des participants.*

Le conseil d'administration déléguera annuellement deux de ses membres, pour procéder avant l'assemblée générale à l'examen des livres, registres, dossiers, valeurs, etc., et dresser de cette vérification générale un proces-verbal détaillé, dont l'adoption par l'assemblée générale vaut décharge pour le comité-directeur.

Art. 22. — Les contrôleurs vérifient, à tour de rôle, et au moins une fois par trimestre, les recettes, les dépenses et le placement des fonds. Ils consignent dans un registre spécial le procès-verbal de leurs vérifications.

Art. 23. — Les fonds destinés à former le capital de la caisse sont placés sans retard, au plus haut intérêt possible, en rentes belges ou autres valeurs similaires (crédit communal, emprunts provinciaux, etc.). Les placements se font au nom de la caisse des pensions et, en cas d'impossibilité légale, au nom du trésorier qui fournira annuellement, lors de l'approbation du bilan par le conseil d'administration, aux présidents du comité et du conseil une reconnaissance des placements effectués en son nom.

Art. 24. — Le trésorier arrête les comptes, et le comité-directeur dresse le bilan pour le 1er août de chaque année. Il est soumis à l'approbation du conseil d'administration, de l'assemblée générale et éventuellement, à celle du Gouvernement.

Le bilan annuel, signé par tous les membre du comité-directeur et par le président et le secrétaire du conseil, est adressé à tous les participants, avec la liste complète des bienfaiteurs, des affiliés et des pensionnés.

CHAPITRE IV

Pensions.

Art. 25. — Le service de la caisse de pensions ne fonctionne pas pendant les dix premières années, et le décès d'un affilié, pendant cette période, ne confère pas à sa famille le droit formel à la pension.

Le droit à la pension ne s'ouvre pour chaque affilié qu'après apurement de son compte (1).

Après reconnaissance de la caisse par le Gouvernement, les gérants s'efforceront d'obtenir que les pensions soient déclarées incessibles et insaisissables, au moins pour une partie.

Art. 26. — Acquièrent le droit à la pension, à partir de 1880 :

1° Les membres du corps médical, âgés de 64 ans révolus et ayant participé à la caisse, sans interruption, soit depuis sa fondation, soit depuis l'année qui suit l'obtention du diplôme.

La pension des participants, âgés de plus de 54 ans, au moment de la fondation de la caisse, prendra cours à la 11e année de leur participation.

2° Les participants qui se trouvent dans l'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de leur profession, quels que soient leur âge et la durée de leur participation, pourvu que celle-ci ait commencé à la fondation de la caisse ou l'année après l'obtention du diplôme, et que l'incapacité n'ait pas existé avant l'affiliation.

En cas d'aisance notoire, le comité-directeur peut exiger une affiliation préalable de dix années.

L'incapacité est constatée par trois médecins désignés par le comité-directeur. Leurs honoraires, ou frais de déplacement, sont à la charge du participant.

3° Les veuves des participants, pourvu que la durée du mariage ait été de 3 ans et celle de la participation de 5 ans, et que celle-ci ait commencé à l'une ou l'autre des deux époques ci-dessus désignées.

4° Les enfants mineurs, légitimes ou légitimés, orphelins de père et de mère, ou orphelins de père seulement, pourvu que la durée du mariage ait été de trois et celle de la participation de cinq années, et que celle-ci ait commencé à l'une ou à l'autre des époques déjà rappelées.

5° Les participants, âgés de 64 ans révolus et qui ont commencé à participer à la caisse postérieurement à sa fondation ou après l'année qui suit l'obtention du diplôme, pourvu que la participation ait été de 10 ans.

Si la position de fortune est précaire, le comité-directeur peut accorder la pension ou une fraction de la pension, quelle qu'ait été la durée du mariage et de la participation.

6° Les ascendants peu aisés de participants décédés, ne laissant ni femme ni enfants pensionnés. Le comité peut leur allouer seulement une partie de la pension annuelle.

Les pensions facultatives pourront n'être que *momentanées*, c'est-à-dire, accordées pour un temps déterminé.

Art. 27. — Ceux qui ont commencé à participer à la caisse postérieurement à sa fondation, ou après l'année qui suit l'obtention du diplôme, n'ont droit à la pension, en cas d'incapacité absolue et permanente d'exercer leur profession, qu'après une participation de trois années au moins.

(1) Voir l'art. 16.

Leurs veuves et orphelins mineurs n'ont droit à la pension que si la durée du mariage a été de 3 ans et celle de la participation de dix ans au moins.

Dans les cas de position difficile, le comité-directeur peut également déroger à cette règle; mais aussi, il pourra n'accorder qu'une fraction de la pension ou une pension temporaire.

ART. 28. — Pendant les dix premières années de l'existence de la caisse, le participant pourra obtenir une *pension provisoire*, si sa situation devient précaire par l'incapacité absolue et permanente d'exercer sa profession.

En cas de décès pendant cette même période, sa veuve et ses orphelins mineurs pourront également obtenir une pension provisoire.

ART. 29. — Le montant de cette pension, pendant la première période décennale, est fixé, pour le participant lui-même, à un centième de l'intérêt du capital social de chaque année; pour la veuve aux 5/6; pour un orphelin de père et de mère au quart, et pour un orphelin de père seulement, au sixième de la pension d'un participant.

ART. 30. — A partir de 1880, les pensions provisoires sont assimilées aux définitives (1).

ART. 31. — N'ont aucun droit à la pension:

1° La femme divorcée ou séparée de corps et de biens;

2° Celle qui épouse un participant pensionné;

3° Les enfants issus de mariage contracté après la mise à la pension;

En cas de suicide, le comité-directeur peut, après enquête minutieuse et à la majorité de cinq membres, refuser la pension.

ART. 32. — La caisse n'accorde que des pensions annuelles, fixées d'après les bases suivantes:

ART. 33. — A partir de 1880, les cinq sixièmes des recettes ordinaires, indiquées dans le bilan du 31 juillet, déduction faite des frais d'administration, seront partagés, chaque année, entre les ayants-droit à la pension.

ART. 34. — La pension définitive d'un participant, lorsqu'il l'obtient par incapacité ou par âge............ est de 12 parts (2).

Celle d'une veuve.......................... est de 10 parts
Celle d'un orphelin de père et de mère. » 3 »
Id. de père seulement. » 2 »

ART. 35. — Dans des cas particulièrement dignes d'intérêt, et dans les limites de l'art. 37, le comité-directeur peut majorer la part des orphelins, sauf ratification par le conseil.

ART. 36. — Le pensionné qui continue l'exercice de sa profession, continuera également à payer sa cotisation annuelle.

L'inscription sur les listes officielles, l'occupation de fonctions publiques salariées et le paiement de la patente professionnelle, entraînent l'obligation de payer la cotisation annuelle.

ART. 37. — La pension d'une veuve et celle des orphelins mineurs laissés par un participant décédé, ne peuvent dépasser, étant réunies, celle d'un participant.

Il en est de même des pensions réunies des orphelins de père et de mère, enfants d'un même participant.

ART. 38. — La pension d'un orphelin mineur est accordée jusqu'à l'âge de 21 ans révolus.

Le mineur reçoit la pension entière de l'année, dans laquelle il accomplit ses 21 ans.

Le comité-directeur est autorisé à continuer indéfiniment la pension ou une fraction de la pension aux orphelins idiots ou infirmes, dépourvus des moyens d'existence.

ART. 39. — La pension de la veuve qui se remarie, est réduite de moitié, si elle n'a pas d'enfants de son mariage avec le participant, ou si les enfants issus de ce mariage sont majeurs.

La pension cesse entièrement, s'il y a des enfants du participant décédé qui n'ont pas atteint l'âge de 21 ans. Dans ce cas ceux-ci ont droit à la pension servie jusqu'alors à leur mère.

Les enfants venant à mourir, ou ayant atteint 21 ans, la mère recouvre ses droits à la moitié de la pension.

Des veuves ou des orphelins, dont la conduite serait notoirement immorale, peuvent être privés de la jouissance de la pension, par décision du conseil général.

Les membres du comité et du conseil ont le droit de surveiller l'emploi de la pension des enfants, afin que tout le montant en soit employé à l'entretien et à l'éducation des orphelins.

ART. 40. — Il n'est fait aucune distinction entre les enfants mineurs, laissés par un participant décédé, qu'ils soient issus d'un ou de plusieurs mariages.

ART. 41. — Toute demande, tendant à faire valoir les droits à la pension, doit être adressée au secrétaire du comité-directeur.

La requête indique les nom, prénoms, âge, domicile ou résidence et le lieu, où le demandeur désire que sa pension lui soit envoyée. Il joindra à sa demande son acte de naissance.

ART. 42. — La veuve d'un participant ou d'un pensionné joint à sa demande de pension: 1° la copie de l'acte de mariage; 2° la copie de l'acte de décès du mari; 3° s'il y a lieu, un extrait de l'acte de naissance et un certificat de vie pour chaque enfant âgé de moins de 21 ans.

ART. 43. — Toute demande de pension en faveur d'enfants orphelins doit être faite par leur tuteur et accompagnée de copies ou d'extraits légalisés des pièces suivantes: 1° l'acte de mariage des parents; 2° les actes de décès du père et de la mère; 3° l'acte de naissance et un certificat de vie pour chaque enfant; 4° l'acte de tutelle.

ART. 44. — Le droit à la pension est vérifié par le comité-directeur et confirmé par le conseil d'administration.

ART. 45. — Aucune demande de pension n'est admise, si elle n'est présentée, avec les pièces à l'appui, dans les dix ans, à dater de l'ouverture du droit.

ART. 46. — La pension prendra cours du premier jour du mois qui suit l'ouverture du droit, si la demande en a été faite endéans les six mois. Passé ce délai, la pension ne prend cours que du premier jour du mois qui suit la réception de la demande. Elle sera

(1) Les art. 25 (paragraphe 1), 28, 29, 30 ne sont plus applicables après 1880.

(2) 12 parts ou douzièmes constituant la pension entière.

calculée d'après le bilan du 31 juillet précédent, et sera payable dans le mois de novembre qui suit la décision du comité et du conseil.

Art. 47. — Les pensions se paient en une seule fois, le 15 novembre, au bureau du trésorier. Elles sont envoyées aux destinataires qui le désirent, mais sans frais pour la caisse.

Lors du décès d'un pensionné, les héritiers conservent pendant un an le droit de réclamer la portion échue de la pension.

Art. 48. — Pour obtenir le paiement de sa pension, le pensionné doit produire un certificat de vie. Le certificat des veuves constate qu'elles n'ont pas contracté un nouveau mariage. Les veuves qui ont des enfants âgés de moins de vingt et un ans, produiront un certificat contenant l'existence de chacun d'eux. Le tuteur devra produire un certificat de vie des enfants mineurs.

Art. 49. — Quand le pensionné a laissé s'écouler trois années consécutives, sans demander le paiement de sa pension, celle-ci est prescrite pour la période écoulée. Il ne rentre en jouissance qu'à partir de l'année qui suit la réclamation.

CHAPITRE V.

Dispositions générales.

Art. 50. — La durée de la caisse est illimitée.

Son capital ne peut être entamé, ni pour le service des pensions, ni dans tout autre but.

Seulement, lorsque la caisse de pensions sera officiellement reconnue, il y aura lieu d'aviser, si certaines pensions ne peuvent pas être constituées par des affiliations temporaires avec la caisse générale de retraite. Dans ce cas, le capital serait réservé, c'est-à-dire, ferait retour à la caisse à l'extinction des pensions, ou servirait à constituer de nouvelles rentes.

Art. 51. — Les participants qui abandonnent, en tout ou en partie, leur pension au bénéfice de la caisse; les participants ou toute autre personne étrangère qui lui feront des dons ou des legs, auront leurs noms inscrits comme *bienfaiteurs* sur une liste qui se publiera annuellement.

Pour obtenir le titre de membre bienfaiteur, il faut un don ou legs de la valeur d'au moins cent francs.

Les membres bienfaiteurs ont le droit d'assister aux assemblées générales et de recevoir les publications de l'association.

Art. 52. — Les membres bienfaiteurs qui font un don de deux mille francs, font de droit partie du conseil d'administration et figureront à perpétuité parmi les membres d'honneur de ce collège.

Art. 53. — Il est créé une catégorie de *membres honoraires*, comprenant les affiliés qui renoncent d'avance, pour eux et pour leurs ayants-droits, à toute pension. Ils jouissent de tous les autres droits des participants et en ont les obligations, sauf le paiement des cotisations arriérées, au moment de leur affiliation.

Le fait de la demande d'inscription sur la liste des membres honoraires implique la renonciation formelle à la pension.

Lorsqu'un membre honoraire veut devenir participant effectif, le comité-directeur peut tenir compte de ses versements antérieurs pour la nouvelle association.

Une *caisse de secours*, fonctionne à côté de la caisse des pensions. Voici son règlement.

Article premier. — Il est annexé à la caisse de corps médical belge une caisse de secours, fondée sur les sentiments de bonne confraternité et ayant pour but de secourir :

a) Les affiliés à la caisse de pensions, non pensionnés, ou pourvus d'une pension insuffisante, que l'âge, les infirmités, la maladie, des malheurs immérités, réduisent à un état de détresse;

b) Leurs veuves, enfants ou descendants, laissés sans ressources suffisantes ;

c) Tout membre du corps médical (médecin, pharmacien ou médecin-vétérinaire) affilié ou non à la caisse de pensions, qui se trouve dans le besoin.

d) *Exceptionnellement*, des médecins, pharmaciens et médecins-vétérinaires étrangers au pays et y séjournant temporairement.

Art. 2. — La durée de la caisse de secours est illimitée. Elle est administrée par le comité-directeur de la caisse de pensions, mais avec une comptabilité et des ressources entièrement distinctes de celles de l'institution-mère.

Art. 3. — Elle est alimentée par des dons volontaires, des abandons de pensions, etc., portant *l'indication formelle qu'ils sont destinés à la caisse des secours.*

Art. 4. — Tout don sera reçu avec reconnaissance et renseigné au bilan annuel; mais l'inscription sur la liste perpétuelle des *Membres bienfaiteurs* n'est de droit qu'après un versement minimum de cent francs.

Un don de *deux mille francs* confère le droit d'assister, avec voix consultative, aux délibérations du comité-directeur, pour tout ce qui concerne la gestion de la caisse de secours.

Art. 5. — Les dons peuvent être affectés à des destinations spéciales, par conséquent en faveur de telle branche de l'art de guérir ou de telle catégorie de praticiens : pour des veuves, pour l'éducation d'orphelins, pour bourses d'étude ; pour parfaire des cotisations dues à la caisse de pensions, pour majorer certaines pensions, etc., etc.

Ces conditions doivent être scrupuleusement respectées par les gérants, dès qu'elles ne sont pas onéreuses pour la caisse de Secours, ni d'une trop grande difficulté d'exécution.

Art. 6. — Toute somme n'ayant pas d'affectation spéciale lors de son versement, est mise à la disposition du comité-directeur, pour être employée selon les règles suivantes :

A. La moitié est mise à la réserve, pour former un capital inaliénable.

B. L'autre moitié, ainsi que les intérêts du capital de réserve, peuvent être distribués en secours temporaires.

C. Un tiers au plus de cette somme (c'est-à-dire, un sixième des dons faits sans conditions) pourra être attribué à des membres du corps médical, non affiliés à la caisse de pensions.

D. Dans des cas urgents, trois membres du comité-directeur, dont au moins *un* membre du bureau, peu-

vent accorder des secours, dont l'importance ne dépassera pas 25 francs. Ils en informeront immédiatement leurs collègues. Pour tout secours, dépassant cette somme, le comité-directeur doit délibérer et procéder à une enquête préalable.

Art. 7. — Le président, et en son absence le Secrétaire, signera avec le Trésorier tous les bons de paiement.

Art. 8. — L'avoir de la caisse de secours est placé à la caisse d'épargne, ou bien en compte-courant à la caisse de pensions. Messieurs les contrôleurs, dans leurs procès-verbaux de vérification trimestrielle, spécifieront chaque fois l'import du compte de la caisse de secours.

Art. 9. — Le comité-directeur présentera au conseil d'administration un rapport annuel, dont l'adoption par ce collège vaudra décharge pour les gérants.

Art. 10. — Si l'expérience démontre la nécessité de changements ultérieurs à ce règlement, le comité-directeur les soumettra à l'appréciation et au vote de l'assemblée générale. La simple majorité des votants suffit pour la validité des modifications.

Il est utile de dire que la Caisse des pensions possède, au 31 juillet 1883, un capital de 560,207 fr. et de rappeler un paragraphe de ce rapport du Directeur, M. Schœnfeld :

« *Vous savez que, jusqu'en* 1880, *la Caisse n'a payé que des pensions provisoires, dont le montant était fixé à* 1 0/0 *des recettes. Leur import total de* 1871 *à* 1881 *était de* 8,163 fr.

Dans l'année sociale 1880-1881, *nous avons payé* 35,984 fr. *à* 62 *pensionnés* ;

Dans l'année sociale 1881-1882, *nous avons payé* 43,425 fr. *à* 72 *pensionnés* ;

Dans l'année sociale 1882-1883, *nous avons payé* 42,733 *à* 85 *pensionnés* ;

Et au 15 *novembre prochain, nous payerons la somme de* 49,618 *fr. à* 99 *pensionnés. Le total des sommes payées en* 4 *années est de* 171,760 *fr. qui, joints aux pensions provisoires, font l'énorme capital de* 179,923 *fr., soit* 180,000 *fr., contre* 108,550 *fr., total des cotisations fournies par nos pensionnés. A la fin de* 1884, *ils auront donc reçu* 71, 373 *fr., de plus qu'ils n'ont versé !* »

REVUE DES MALADIES DES ENFANTS

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS.

(Clinique de M. le professeur Parrot.)

Alimentation des jeunes enfants. — Choix d'une nourrice

La situation normale de l'estomac chez l'enfant est intéressante à considérer au point de vue de ses fonctions. Tandis que, chez l'homme, son grand axe est presque horizontal, chez l'enfant il est presque vertical, ce qui tient au développement encore incomplet de l'organe. Il en résulte que si l'enfant est tenu verticalement, les aliments s'accumulent dans la grande courbure, mais passent néanmoins assez facilement dans le pylore; s'il est tenu couché sur le côté gauche, cette situation est particulièrement favorable à la digestion stomacale, car les aliments séjournent alors longtemps dans l'estomac avant d'arriver au pylore. Si au contraire il est couché sur le côté droit, les aliments passent presque aussitôt dans l'intestin. La situation sur le dos, la tête légèrement inclinée en arrière, est très favorable à la régurgitation, et c'est dans cette position surtout que l'asphyxie peut se produire par suite de l'introduction des aliments dans la trachée: aussi, pour les enfants qui ont une tendance à la régurgitation, est-il bon de les tenir pendant quelques temps après la tétée dans la situation verticale, afin que les aliments passent rapidement dans l'intestin.

Quant au suc gastrique sécrété par la muqueuse, il renferme déjà de la pepsine dès le troisième ou le quatrième mois de la vie intra-utérine; il faut se rappeler d'ailleurs que, dès ce moment, le meconium est un produit de digestion. Mais chez le nouveau-né, les effets du suc gastrique ont quelque chose de tout différent de ce qui se passe chez l'adulte: comme il absorbe du lait souvent presque jusqu'à ses derniers instants, le suc gastrique continue à être sécrété, et comme son action peptonisante n'est pas épuisée après la mort, il agit sur la paroi, que l'on trouve ramollie beaucoup plus souvent que chez l'adulte. On peut voir ainsi, lorsqu'il y a eu pénétration des matières alimentaires dans l'arbre bronchique, le poumon presque entièrement digéré dans les heures qui suivent la mort.

Relativement au choix de la nourrice, on peut poser en principe que, s'il est vrai que l'étude particulière de l'état du sein ait une grande importance, il faut admettre que toutes les fois que le nourrisson est beau, la nourrice est bonne, alors mêmes que ces conditions spéciales feraient défaut. Tous ces signes, cependant, doivent être étudiés avec soin.

L'examen de l'aréole a tout d'abord une certaine utilité: lorsqu'elle est bien colorée, avec des tubercules mamillaires bien marqués, c'est là une première condition favorable. Quant à la glande elle-même, on doit rechercher avant tout si c'est l'élément glandulaire ou l'élément graisseux qui domine dans sa constitution; on peut dire qu'au point de vue esthétique, le sein de la nourrice et le sein qu'on représente dans la statuaire diffèrent absolument : la forme régulière perd, en effet, de son importance, car ce qu'il faut, c'est que la glande soit volumineuse par elle-même. De plus il faut que celle-ci ne soit pas adhérente en quelque sorte à la paroi thoracique, mais qu'elle en soit au contraire indépendante; la présence de veines bleuâtres à la surface indique aussi une circulation active, prouvant que le réseau profond n'est pas suffisant, ce qui est une bonne condition.

C'est surtout par le toucher qu'on peut apprécier les qualités du sein d'une bonne nourrice. Il faut en effet rejeter la nourrice dont le sein, trop dur, présente une égalité de consistance parfaite et dans lequel le doigt ne peut pénétrer.

On doit au contraire pouvoir l'explorer profondément, et si l'on rencontre des inégalités dures, non douloureuses, on peut être assuré que la glande se trouve dans des conditions favorables. Mais pour que cette exploration soit utile, il faut que la nourrice n'ait pas donné à teter depuis trop longtemps, car en ce cas tous ces signes favorables peuvent disparaître complètement. Il est très remarquable que Rabelais ait déjà bien indiqué les inconvénients d'un sein trop dur au point de vue de l'allaitement et qu'Ambroise Paré ait fait remarquer qu'en ce cas l'enfant, ne pouvant saisir le mamelon avec facilité, se fâchait et se rebutait.

Le mamelon joue un rôle capital, car c'est de sa bonne conformation que dépend souvent le succès de la lactation. Une première condition, c'est qu'il soit percé sur plusieurs points : il doit présenter la disposition dite en pomme d'arrosoir; un mamelon qui ne présente qu'un ou deux orifices constitue au contraire une très fâcheuse condition. Il faut aussi que cet organe présente une certaine conformation : il faut, avant tout, qu'il soit suffisamment saillant : les bouts de sein coniques et courts sont insuffisants. Les meilleurs sont cylindriques régulièrement, ou présentent à leur extrémité un renflement qui leur donne la forme de baguettes de tambour. Il faut enfin qu'il entre facilement en turgescence.

M. Parrot a discuté assez longuement l'influence des maladies sur la lactation, et en particulier, des maladies nerveuses. Cette action a été très exagérée, mais elle existe cependant d'une façon certaine. Toute émotion fâcheuse, surtout de nature dépressive, amène un trouble plus ou moins considérable dans la sécrétion lactée, et il en résulte quelquefois des convulsions chez les enfants. Vogel a constaté qu'après une attaque d'hystérie le lait avait pris l'apparence de petit-lait, avait perdu son goût sucré et contenait moins de parties solides. L'analyse a indiqué en effet qu'il contenait moitié moins de sucre et que la quantité de beurre avait diminué dans des proportions énormes; c'est ce qui explique la perte de l'opacité et la transparence qu'on observe dans ces conditions.

Des analyses de ce genre ont souvent été faites et ont donné des résultats analogues. Quant aux convulsions qui se produisent chez l'enfant, elles sont le résultat d'un changement brusque, presque instantané, de la composition du lait; et non d'un prétendu élément convulsivant qu'il pourrait renfermer. Le plus souvent, il y a influence préalable sur le tube digestif, et c'est après ce trouble intestinal que se produisent les convulsions.

Quant à l'action des maladies fébriles, elle varie surtout avec leur durée. Dans les affections légères et d'une durée de quelques jours seulement, on peut continuer l'allaitement sans inconvénient. Il peut même arriver qu'après une maladie de plus longue durée, comme une fièvre typhoïde, la lactation se rétablisse presque aussi bonne qu'auparavant, ce qui peut avoir une grande importance, dans le cas où les nourrices feraient défaut.

Dans le cas de crevasses du sein, l'allaitement peut, le plus souvent, être continué à moins de douleurs trop fortes pour la nourrice, et encore peut-on y remédier par l'emploi d'un bout-de-sein. Mais il peut arriver, en pareille circonstance, que l'enfant avale une certaine quantité de sang et que la présence de ce sang dans les garde-robes fasse croire à un véritable melœna. En pareil cas, il ne faut donc pas manquer de vérifier la possibilité de ce fait. Quant aux abcès, ils ne sont également un obstacle à l'allaitement que s'ils sont d'un volume un peu considérable.

M. Parrot a insisté également sur la question, encore résolue diversement, du nombre et des conditions dans lesquelles doivent être données les tetées. Pour lui, dans les conditions ordinaires, on doit chercher à régler ce nombre à partir du quatrième ou cinquième jour. Les cris si redoutés par quelques médecins ne paraissent pas avoir de conséquences funestes et n'entraînent ni les hernies, ni les congestions, ni les convulsions qu'on leur a attribuées; bien plus, loin d'amener la congestion pulmonaire, ils paraissent plutôt susceptibles de dégager le poumon. On doit donc chercher à faire teter les enfants toutes les deux heures pendant le jour, et trois fois la nuit, s'ils ne sont pas très vigoureux. A partir de trois mois, les tetées peuvent être espacées de trois heures, le jour, avec deux tetées la nuit, et de quatre heures à partir de six mois. Ce sont là des règles, mais qui sont bien loin d'être invariables, car il y a bien des circonstances qui peuvent les faire fléchir et dont le praticien est seul juge.

On sait l'importance de l'examen des matières fécales chez le nouveau-né: ces matières sont à peine odorantes et ne deviennent fétides que lorsqu'il y a un trouble digestif. Mais un point, seulement, sera étudié ici : normalement, elles ne doivent jamais être moulées. Cependant quelques enfants, habituellement constipés, au lieu de matières molles rendent des matières solides; c'est là un fait qui inquiète beaucoup de médecins; il n'y a pas lieu, cependant, d'y attacher grande portée; cette contispation n'est jamais à craindre, si on observe en même temps que l'enfant augmente de poids et mouille ses couches. Mais en pareil cas, cette dernière constatation est indispe nsable, car la constipation peut être due à ce que l'enfant ne reçoit qu'une quantité insuffisante de lait.

Relativement aux urines, il est un fait peu connu et qui a une certaine importance. On peut trouver dans les tubes de Bellini, dans le bassinet, les calices et même dans l'urine qui mouille les couches, une poussière fine comme la poudre de lycopode et qui est constituée par de l'urate de soude. C'est ce qu'on désigne sous le nom d'infarctus uratiques. Virchow a considéré ces infarctus comme un fait physiologique; mais c'est là une erreur. On n'observe cette altération des urines que lorsqu'il y a altération nutritive et qu'il existe plus de déchets qu'à l'état normal. Ce fait

indique qu'il n'y a pas assez de liquides dans l'organisme et que, de plus, il y a dénutrition excessive: aussi l'observe-t-on surtout quand il y diarrhée abondante, et en particulier, dans l'œdème des nouveaux-nés et dans l'athrepsie.

(*Journal de Méd. et Chir. pratiques*).

***

Traitement de la coqueluche.

Dans le livre sur les maladies des enfants qu'il vient de publier, M. ROGER expose le traitement qu'il emploie contre la coqueluche. Dans la deuxième période, au moment des accidents nerveux à marche ascendante, on peut associer divers médicaments sous forme de SIROP ANTICOQUELUCHIAL.

Sirop de belladone.....		50 grammes.
Sirop de valériane......	āā	25 —
Sirop de digitale.......		

La dose de ce sirop composé variera suivant l'intensité des symptômes, et surtout suivant l'âge des coquelucheux : elle sera, *par vingt-quatre heures, de une à six cuillerées à café*, c'est-à-dire 5 à 30 gr. Chaque cuillerée du mélange équivalant à 5 milligrammes d'extrait alcoolique de belladone, on fera prendre ainsi aux jeunes sujets une proportion croissante de cet extrait d'un demi-centigramme à trois centigrammes (moitié moins qu'aux adultes). Il est à remarquer que les jeunes enfants acceptent mieux la valériane que l'éther qu'on pourrait lui substituer.

Mais les doses égales ne sauraient convenir à tous, à la première comme à la seconde enfance : POUR LES ENFANTS AU-DESSOUS DE DEUX ANS, M. Roger *commence par une demi-cuillerée à café, en augmentant d'une demi-cuillerée tous les deux jours, jusqu'au chiffre de deux cuillerées en vingt-quatre heures* (un centigramme d'extrait alcoolique de belladone). Pour les coquelucheux de DEUX A CINQ ANS, *d'une cuillerée à café le premier jour, on s'élèvera à quatre et jusqu'à six*, pour les sujets plus âgés. Tels sont les *maxima* que l'on ne doit dépasser que dans le cas où le nombre et l'intensité des quintes ne diminuant pas, il est permis de forcer la dose afin d'obtenir l'effet thérapeutique. On peut alors surajouter cinq à dix grammes suivant les circonstances, principalement pour les malades qui ont plus de douze ans.

Le sirop sera donné pur (les enfants ne faisant guère d'opposition aux médicaments que le sucre déguise) ; ou bien, pour le rendre plus acceptable, on le mélange a quelque autre sirop de gomme, de violette, de fleur d'oranger, etc..., à de l'eau sucrée ou même à du lait.

Lorsque la difficulté provient, non plus de la qualité, mais de la quantité du liquide à ingérer (cinq ou six cuillerées par jour sont parfois beaucoup pour les jeunes sujets), on remplace le sirop par la TEINTURE ainsi formulée :

Teinture de belladone......		10 grammes.
Teinture de valériane......	āā	5 —
Teinture de digitale......		

POUR LES ENFANTS AU-DESSOUS DE DEUX ANS, on donnera *le premier jour, cinq gouttes* et *l'on augmentera de cinq gouttes tous les jours, jusqu'au chiffre de trente gouttes*. Aux coquelucheux DE DEUX A CINQ ANS, on donnera *depuis dix gouttes jusqu'à soixante, l'augmentation étant de dix gouttes par quarante-huit heures*.

Enfin, pour les sujets plus âgés, on en élèvera le nombre de quinze à quatre-vingt-dix gouttes, par une progression croissante de quinze au plus tous les deux jours.

Les praticiens qui voudraient remplacer la teinture de valériane par un antispasmodique, soit à cause de son peu d'efficacité, soit par suite du refus du malade, devront préférer la teinture de musc. Voici une formule proposée pour ce cas.

Teinture de belladone......		10 grammes.
Teinture de digitale......	āā	5 —
Teinture de musc.........		

Le mode d'administration sera exactement le même que pour la teinture précédente, celle-ci n'étant modifiée que par la substitution du musc à la valériane.

Dans les cas *d'hypercoqueluche*, pour combattre les symptômes spasmodiques et nerveux prédominants, M. Roger conseille le chloroforme, qu'il a beaucoup expérimenté à l'hôpital des Enfants et qui lui a paru avoir un effet utile dans nombre de cas ; très souvent, d'emblée ou après diverses médications, il faisait prendre aux coquelucheux, la plupart âgés de deux à cinq ans, *depuis six jusqu'à trente gouttes de chloroforme*, introduites dans soixante grammes de julep gommeux. Dans les formes graves de la pyrexie, dix à trente gouttes par jour, et quarante exceptionnellement, seraient une dose convenable.

COURRIER

Note sur l'opération césarienne.

Dans un remarquable travail publié cette année dans les numéros 28, 29 et 30 du *Concours: De l'opération Césarienne avec suture utérine*, M. le Dr Poulet, de Plancher-les-Mines, à propos d'une opération célèbre de Stolz, dans laquelle l'opérateur crut devoir placer un séton qui, de l'angle inférieur de la plaie pénétrait dans la cavité utérine, conclut que, c'est là une pratique dont le peu d'efficacité ne fait plus de doute pour personne. »

Je n'ai jamais eu la prétention de combattre ces conclusions. Je me propose seulement d'exposer un fait survenu, il y a une quinzaine de mois, dans ma clientèle, et qui ne viendrait à l'appui de la thèse de l'honorable confrère de Plancher-les-Mines qu'en évoquant ce vieil adage que « l'exception confirme la règle. »

Je fus, le 3 août 1882, appelé à dix kilomètres de ma résidence pour accoucher une femme à

bassin rétréci, dont l'enfant se présentait en mento-pubienne.

Mes efforts restant stériles, et l'enfant venant de mourir, j'obtins à grand'peine l'autorisation de faire venir un confrère, M. Legaut, dont les tentatives ne furent pas plus heureuses que les miennes.

L'opération décidée et la femme chloroformée, j'incisai la ligne blanche sur une longueur de dix centimètres environ, puis la paroi épaisse et veineuse de l'utérus, et pendant que mon confrère tenait exactement appliquées les parois abdominales contre la masse utérine, je *cueillis* le fœtus et son placenta. Je passai ensuite, en guise de drain, l'ourlet d'un torchon à travers le ventre et le vagin, et j'en nouai les deux chefs sur le pubis.

Les deux bords de l'incision abdominale (et non utérine) furent réunis avec cinq épingles, des compresses froides appliquées sur le ventre (remplacées au bout de trois jours par des cataplasmes tièdes arrosés d'eau phéniquée). Enfin des injections phéniquées fréquentes furent pratiquées dans le vagin.

Le pouls, durant quelques jours, resta fréquent et petit, la température moyenne: toutefois, pendant deux ou trois jours, l'opérée resta plongée dans une demi-perception des objets extérieurs, dans une somnolence frisant le coma. Les selles étaient involontaires ; la parole était embarrassée; le ventre assez douloureux à la pression présentait un empâtement général.

Au bout de trois jours, mon séton sortait seul par le vagin; les épingles tombaient dans une sorte de sphacèle de la paroi abdominale. Je les remplaçai par des bandes de diachylon.

L'alimentation consistait en bouillon et vin de quinquina étendu d'eau.

Moins de quinze jours après, cette femme se levait, déclarant qu'elle n'avait jamais, depuis l'opération, ressenti la moindre douleur à la région abdominable. Elle me l'a confirmé depuis et, chose singulière, elle n'éprouve plus à l'époque de ses règles les douleurs lombaires qu'elle ressentait avant l'opération; toutes les fonctions s'exécutent normalement.

Avant d'avoir lu l'article de M. le docteur Poulet, je m'étais toujours félicité d'avoir songé à l'emploi d'un drain abdominal. Maintenant, encore, il me semble qu'un drain ou séton (caoutchouc ou filet) bien disposé, par l'avantage qu'il offre de faire correspondre exactement la plaie abdominale et la plaie utérine (l'extrémité supérieure de celle-ci tombant par contraction rapide de l'utérus en niveau de l'angle inférieur de la plaie abdominale) permet de conjurer le danger de l'épanchement des liquides dans le péritoine.

Dr Laurent *de Broons* (*Côtes-du-Nord*).

NOUVELLES

Le choléra. — L'épidémie cholérique exerce toujours ses ravages dans la Haute-Egypte; les troupes égyptiennes de l'armée du Soudan propagent l'épidémie sur leur passage.

Des cas de choléra ont été constatés, à la Mecque, sur des pèlerins venant de Nubie : depuis le 30 octobre, les provenances de ce pays sont soumises à une quarantaine de vingt jours.

La Commission sanitaire internationale d'Egypte vient d'assumer une lourde responsabilité : à dater du 2 novembre, les quarantaines sur les provenances de Bombay ont été supprimées. Cette décision a été prise malgré l'opposition des représentants de la France, de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Russie et de la Turquie.

M. le Dr Mahé, que le gouvernement français avait envoyé en mission en Egypte, pour étudier les règlements qui seraient capables d'arrêter la marche envahissante du fléau dans les régions mêmes où il sévit, M. le Dr Mahé est rentré en France et a donné lecture de son rapport au Conseil d'hygiène qui l'a approuvé et transmis au ministre du commerce.

La Mission Pasteur est aussi de retour.

Maladies du larynx et de la gorge. — Nous apprenons que le Dr A. Cartaz, ancien interne des hôpitaux, a ouvert, le 1er novembre, sa clinique, 29, rue des Petits-Carreaux. — Consultations : mardi et samedi à 9 h. 1/2.

Inspecteurs des eaux minérales. — Généralement la nomination des médecins-inspecteurs des eaux minérales est faite par le Ministre du commerce, sur la présentation du Conseil d'hygiène.

On nous informe que, malgré la présentation du Conseil d'hygiène et le vœu de la commune de Larreins (eaux chaudes) M. Cazenave de la Roche, médecin aux Eaux-bonnes, a été éliminé et qu'un autre a été nommé inspecteur des eaux chaudes.

Une législation nouvelle est bien souhaitable.

Maladies des femmes. — M. le Dr Chéron a recommencé ses leçons cliniques, à sa clinique, rue de Savoie, nº 9, le 5 novembre à une heure, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Chipault, médecin à Châteauneuf-sur-Loire (Loiret), père du Dr Chipault, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre de la Société de chirurgie, et président du Syndicat du cercle de l'arrondissement d'Orléans.

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Gérin, Alphonse, de Rives (Isère), membre du *Concours*.

Nous avons le regret de faire part de la mort d'un membre du *Concours*, M. le Dr Audibert, Le Luc (Var).

Erratum. Nº 42, Chronique professionnelle, page 535, 2me col., ligne 20, lisez : *prescrire*, au lieu de écrire.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
17 Novembre 1883 Organe officiel des Syndicats des Médecins de France 5me Année. — No 46

SOMMAIRE

BULLETIN

Sur 16,173 accouchements qui se sont faits à la Maternité, de 1861 à 1872, les accouchements prématurés se sont produits, de 1861 à 1867, dans une proportion de 33 à 41 0/0, tandis que, de 1868 à 1872, la proportion a varié de 27 à 18, 5 0/0. Quelles sont les causes de ces différences? On a invoqué la misère physiologique: mais les années où cette influence aurait dû se faire le plus gravement sentir, les années 1870 et 1871, sont justement celles où le nombre des accouchements prématurés a été réduit à son minimum: 22 à 18 0/0; les chiffres maxima correspondent au contraire aux années les plus prospères 1866 et 67!

Les vétérinaires ont remarqué que, dans une étable, quand une vache vient à avorter, d'autres vaches avortent à leur tour, comme s'il y avait une sorte de contagion: des observateurs ont même réussi à faire avorter des femelles pleines, en plaçant dans leur vagin des matières recueillies sur le délivre d'une femelle qui venait d'avorter.

S'appuyant sur ces résultats, M. *Hervieux* a pensé que, chez la femme aussi, l'avortement pouvait être le résultat d'un empoisonnement septique et devenir, en quelque sorte, épidémique: il a donc comparé son tableau des avortements, pendant la période indiquée, à l'état sanitaire de la Maternité, aux époques correspondantes.

De cette comparaison il ressort que les années pendant lesquelles le fléau puerpéral a sévi avec la plus grande rigueur sont aussi celles où les accouchements avant terme ont été plus accentués. Les quatres premières années de cette période accusent une mortalité manifestement croissante de 8 à 19 0/0. Pendant les cinq années suivantes, les chiffres de la mortalité n'oscillent plus qu'entre 4 et 8 0/0, et, de 1870 à 1872 (et même à 1880, car l'état sanitaire de la Maternité a toujours été en s'améliorant) entre 4 et 2 0/0. *Toutefois, ces chiffres nous montrent aussi que* le mouvement abortif continue à progresser, quand le fléau puerpéral a déjà perdu une grande partie de sa violence. On peut expliquer cette anomalie apparente, en se rappelant que les maladies toxiques qui atteignent les femmes enceintes n'agissent pas toujours également sur la mère et sur le fœtus.

De même que la variole peut frapper soit la mère seule, soit la mère et le fœtus à la fois, soit enfin le fœtus seul, de même le poison puerpéral peut s'attaquer du même coup à la mère et au fœtus, ou à l'un des deux seulement. Si les idées théoriques de M. Hervieux sont exactes, il faut accorder une grande importance aux conclusions pratiques qu'il formule ainsi:

En temps d'épidémie, toute Maternité doit être fermée aux femmes enceintes.

Hors le temps d'épidémie, les femmes enceintes ne doivent être admises dans une maternité qu'autant qu'elles sont aussi rapprochées que possible du terme de l'accouchement.

Poursuivant ses études sur la genèse des parasites dans les maladies, M. *Bouchardat* passe de la tuberculose au *typhus fever*. Voici les con-

clusions auxquelles il arrive, à propos de cette dernière affection :

1° Le parasite du typhus fever n'existe point partout ;

2° Il prend naissance par la *transformation d'organites normaux*, suite de l'exténuation provenant de la continuité de la famine eu des affections typhigènes ;

3° Le parasite, en évoluant des corps des affamés ou des malades atteints d'affections typhigènes, est à son maximum de puissance ; il ne se propage pas à distance ; il est dangereux pour ceux qui s'approchent d'un malade atteint de typhus de genèse ; le danger s'accroît avec le nombre des malades encombrés ;

4° Le parasite se modifie dans sa nocuité, dans son mode d'action sur l'économie humaine, par une suite de transmissions, puis il s'éteint définitivement.

L'efficacité des prescriptions hygiéniques qui s'appuient sur les conclusions précédentes est confirmée par d'unanimes observations.

On doit éviter, par-dessus tout, d'encombrer les malades victimes de la famine ou atteints d'affections typhigènes.

La dispersion des foyers est d'urgente nécessité. Les médecins, les sœurs, les infirmiers doiventp rendre les plus grandes précautions contre le danger que fait courir, aussi bien pendant le jour que pendant les heures de sommeil, le parasite de genèse.

On le voit, M. Bouchardat s'éloigne plus que jamais de l'hypothèse de M. Pasteur pour se rapprocher de celle de M. Béchamp : il est même tellement près de cette dernière, qu'en remplaçant le terme de *parasite* par celui de *microzyma*, M. Béchamp ne pourrait refuser de signer, aussi bien que M. Bouchardat lui-même, les conclusions que nous venons de rapporter.

Puisque M. Bouchardat a la hardiesse de déclarer qu'il se sépare de la théorie de M. Pasteur, pourquoi recule-t-il à reconnaître que les idées qu'il expose en matière de pathologie et d'étiologie générales, ne sont, en somme, que des déductions de la théorie de M. Béchamp?

M. Bouchardat nous répondra qu'il conserve, dans ses explications, l'idée du parasitisme, dont M. Béchamp ne veut pas entendre parler : mais, dans sa bouche, ce terme de parasite ne saurait être pris qu'au figuré. Un élément ou *organite normal* peut bien, en effet, devenir malade, se transformer et gêner les autres organites, ses voisins ; mais puisque son existence est *normale* au même titre que celle des autres, ce ne sera jamais, à proprement parler, un parasite.

Quand on reste chez soi, on ne saurait mériter l'accusation du parasitisme, fût-on même atteint de la plus contagieuse des maladies. La qualification de parasite pourrait tout au plus s'appliquer à l'organite malade qui passe d'un organisme dans un autre, et transporte la maladie avec lui.

Dr J. Geoffroy.

— La *Commission Sénatiorale* relative aux syndicats a adopté purement et simplement l'ensemble du projet de loi, tel qu'il a été voté par la Chambre des députés.

Ce projet comporte, comme nous l'avons dit, parmi ses dispositions principales, l'abrogation de l'article 416 du Code pénal et la faculté pour tous les syndicats de se fédérer.

— C'est M. le professeur *Pajot* qui a été présenté par l'Assemblée des professeurs de la Faculté pour remplacer M. Depaul, récemment décédé.

— M. *Charcot* est élu membre de *l'Académie des sciences* par 46 voix contre 12 données à M. Sappey.

TRAVAUX ORIGINAUX

THÉRAPEUTIQUE

Indications thérapeutiques de quelques maladies de la peau.

par le Dr Armand RIZAT.

(*Suite*).

Le traitement du *lichen* est exactement le même que celui de l'eczéma: toutefois, comme c'est une des maladies de la peau qui causent le plus de démangeaisons, on peut insister sur la quinine et aller jusqu'à 15 centig. par jour. Je puis parler de ce traitement par expérience personnelle, ayant eu, l'été dernier, une éruption de lichen généralisée, avec prurit extrêmement intense; mais dès que j'eus pris de la quinine, à la dose de 0,10 à 0,15 centig. par jour, les démangeaisons cessèrent, bien que l'exanthème continuât sa marche. J'ai également donné l'arsenic et la quinine à deux petits enfants, l'un de quatre ans, l'autre de six ans, atteints de strophulus prurigineux, et le prurit cessa au bout de deux ou trois jours.

Il peut arriver que des malades ne supportent plus l'arsenic par voie stomacale; dans un cas semblable, Henrich Kœbner (de Berlin) a, chez un

malade atteint de lichen planus généralisé, eu l'idée de faire des injections hypodermiques de liqueur de Fowler, à la dose de 0,26 centig. par jour, et, le second jour, le prurit avait disparu. J'ai employé ce procédé chez le malade dont je parle, page 627 (*Conc. méd.* déc. 1883) et qui avait, en plus de son eczéma, un groupe de petites papules confluentes de lichen, situé à la région inguinale gauche et qui lui causaient un prurit intolérable; j'injectai dix gouttes de liqueur de Fowler au-dessous de ces papules, et quand le malade revint, deux jours après, il me dit que les démangeaisons avaient cessé le soir même.

Dans le traitement du *psoriasis*, les frictions avec le glycérolé d'amidon, les bains d'amidon, les frictions au savon noir alternant avec l'huile de cade, la pommade à l'acide chrysophanique, etc., ont donné de bons résultats. Comme médication interne, les mêmes formules données pour l'eczéma et pour le lichen sont également applicables au psoriasis. Mais il ne faut pas perdre de vue que c'est une maladie longue à guérir, d'un caractère essentiellemeut chronique, sujette à de fréquentes récidives; on peut la considérer comme une véritable névrose de la peau, névrose symptomatique d'une impressionnabilité du système nerveux central, et, eu égard à son étiologie, à son apparition, souvent consécutive à une frayeur ou à une vive émotion morale ou physique, *peut-être* retirerait-on des avantages du traitement bromuré, entre autres la solution mixte employée à l'hospice Sainte-Anne, par le Dr Ball, et formulée ainsi :

Bromure d'ammonium...... }	ãã 10 grammes.
Bromure de sodium....... }	
Eau distillée............	300 —

Une cuillerée matin et soir.

Pour *l'urticaire*, éruption symptomatique d'états morbides différents : affections du foie, troubles gastriques, intoxication paludéenne, traumatismes, le traitement doit, avant tout, être dirigé contre la cause; mais, en outre, comme l'exanthème n'est qu'un signe de l'irritation du système nerveux, il faut adjoindre au traitement la médication anti-nerveuse. C'est ainsi, par exemple, que si l'on a affaire à une urticaire consécutive à des troubles gastriques, il faut d'abord agir sur les voies digestives par un purgatif salin, et souvent les évacuations alvines suffisent pour amener la guérison; dans le cas où il y aurait un mouvement fébrile, 1 ou 2 grammes de quinine administrés par dose de 0, 25 centig. le feront disparaître. Quant aux démangeaisons, on pourra les calmer avec des lotions d'eau vinaigrée, d'eau et d'alcool camphré, d'eau chloroformée, d'eau et de chloral, mais *on ne doit jamais donner de grands bains*. Lorsque l'urticaire est symptomatique d'affection du foie, c'est à la médication alcaline que l'on s'adressera, et l'on y adjoindra le traitement arsenico-quinique; si ce sont des kystes hydatiques, l'intervention chirurgicale est indiquée. Dans l'urticaire paludique, il faut tout de suite recourir à la quinine à hautes doses, 1 à 2 grammes par jour. Quant à l'urticaire consécutive à un traumatisme, le traitement est entièrement subordonné aux symptômes ressentis par le malade et à son état général.

L'*herpès*, dans toutes ses variétés, demande un traitement très simple. S'il s'agit d'un zona du tronc et des membres, on étend sur l'exanthème une couche d'huile d'olive ou d'amandes douces, et l'on saupoudre d'amidon ou de fécule, on recouvre ensuite d'ouate. Comme traitement interne, on fait prendre un purgatif, et l'on donne de la quinine, 0,25 centig., matin et soir. Si les douleurs névralgiques persistent quelque temps après, on pratiquera des injections hypodermiques de morphine. Si le zona menaçait de prendre la forme gangréneuse, comme cette complication indique toujours un état général grave, c'est aux toniques de toutes sortes que l'on s'adresserait : macération de quinquina, alcool, alcool et quinquina, quinine à la dose de 2 gr. à 2 gr. 50 par jour. Sur les plaques de gangrène, on appliquera des compresses phéniquées. En un mot, on dirigera le traitement d'après les indications fournies par l'état du malade.

Dans le *zona ophthalmique*, l'examen du fond de l'œil est indispensable, et le traitement sera institué en conséquence.

GYNECOLOGIE *PRATIQUE*

De la conduite a tenir en cas d'avortement.

Lorsqu'on est appelé auprès d'une femme, qui, après avoir présenté des signes rationnels ou physiques de grossesse, est menacée d'un avortement ou vient d'en subir un, on se trouve bien souvent en face d'une des plus délicates questions de la pratique médicale. Bien que les livres classiques aient étudié avec grand soin ce point d'obstétrique, nous pensons que plus d'un praticien nous saura gré de préciser et de résumer ici les notions les plus accréditées, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir au cas de rétention du placenta, sujet vivement controversé.

I. Diagnostic de l'avortement.

La femme est-elle menacée d'un avortement ou vient-elle d'avorter? — La réponse à ces deux questions suppose résolue la démonstration de l'existence d'une grossesse, et l'on sait que, dans le premier tiers de la gestation, celle-ci ne peut être que probable.

Un écoulement séro-sanguinolent ou une métrorrhagie avec douleurs lombaires et hypo-

gastriques chez une femme ayant eu une suppression menstruelle, sont les seuls éléments qu'on ait pour se décider, en général, dans les six premières semaines, entre l'avortement et la dysménorrhée.

Il faut s'enquérir avec soin de l'état antérieur de l'appareil utéro-ovarien. S'il s'agit d'une personne bien réglée jusqu'à la dernière suppression menstruelle, n'ayant présenté antérieurement aucun trouble de la fonction cataméniale, ni signes d'affection utérine; si, d'autre part, on ne constate aucun symptôme de tuberculose et qu'il y ait eu depuis l'aménorrhée quelques-uns de ces commémoratifs qui éveillent l'idée d'une grossesse au début, c'est vers l'hypothèse d'un avortement qu'on doit se tourner. Si l'écoulement sanguin ou séreux est apparu tout d'un coup, à la suite d'une des causes reconnues capables de déterminer un avortement, si le toucher vaginal décèle un col un peu ramolli, dont l'orifice est dilaté ou tend à se dilater, si les douleurs éprouvées ont un caractère d'intermittence assez régulière, graduellement croissantes avec l'hémorrhagie, on s'affermira davantage dans cette idée. Mais il faut surtout exiger que les linges tachés de sang, les caillots recueillis soient soumis à notre examen; car c'est seulement lorsque nous aurons vu, parmi ceux-ci, des débris de l'œuf que nos suppositions pourront faire place à la certitude.

Les signes suivants ont été donnés par quelques auteurs comme pouvant faciliter le diagnostic différentiel: « En cas d'avortement, l'hémorrhagie apparaît avant la douleur qui augmente avec l'écoulement; le col est entr'ouvert, le caillot qui s'y présente est d'une forme irrégulière, ou bien on perçoit une vessie de forme arrondie, se tendant et augmentant de volume pendant la contraction douloureuse de l'utérus. — En cas de dysménorrhée, les douleurs ont lieu avant l'écoulement sanguin et diminuent ou cessent, lorsque celui-ci est établi; le caillot qui se présente dans le col a une forme triangulaire qu'il conserve et reste solide sans augmenter de volume pendant la contraction. » Nous ne saurions attacher grande importance, quant à nous, aux caractères des caillots. Nous croyons que l'abondance de la perte sanguine, notablement supérieure à celle d'une menstruation ordinaire, la persistance des douleurs, malgré l'issue facile du sang, sont des présomptions plus grandes en faveur de l'avortement.

De la fin du deuxième mois au quatrième, les signes de grossesse étant plus faciles à établir, l'œuf étant plus volumineux et l'embryon très reconnaissable pour les personnes qui donnent les soins à la malade, le diagnostic de la fausse couche est, à coup sûr, plus aisé, quand celle-ci s'est accomplie; mais un point délicat est de distinguer les signes d'une simple *congestion utérine* des symptômes d'un avortement imminent. Heureusement, comme le fait observer Cazeaux, la solution de la question ne saurait modifier le traitement, puisque les moyens propres à combattre la simple congestion sont aussi propres à prévenir la fausse couche.

Après le quatrième mois, le diagnostic de l'avortement ne présente plus à beaucoup près les mêmes difficultés.

Avant d'aborder le traitement de l'avortement et des complications qu'il entraîne souvent, il est utile de rappeler les causes qui peuvent le déterminer, car cette notion d'étiologie n'est pas moins importante au point de vue du diagnostic que de la prophylaxie à instituer pour mettre la malade, qui s'est confiée à nos soins, à l'abri d'avortements ultérieurs.

Les CAUSES de l'avortement ont été longtemps énumérées par les auteurs d'une manière banale, et, comme les gens du monde l'admettent encore aujourd'hui, toutes les influences possibles ont été considérées comme pouvant interrompre le cours de la grossesse. C'est à Gardien que revient l'honneur d'avoir mis un peu d'ordre dans ce chaos, et d'avoir classé méthodiquement les diverses catégories de causes, en en discutant la valeur; il distingua les causes dépendant de la mère et du fœtus, de l'utérus et des annexes de l'œuf.

On peut encore admettre, comme à propos de toute maladie, des causes *prédisposantes* et des causes *déterminantes*, avec cette restriction que les causes prédisposantes sont ici bien capables de produire à elles seules l'avortement. En outre, il y a lieu de distinguer l'avortement *spontané* et l'avortement *accidentel*.

Le premier serait surtout sous la dépendance des causes habituellement nommées prédisposantes, causes qui mériteraient plutôt, comme le fait observer Cazeaux, d'être dites *causes à action lente*, c'est probablement celui qui s'observe dans le plus grand nombre de cas.

On peut, croyons-nous, faire assez bon marché d'un certain nombre de prédispositions signalées par les auteurs, telles que le tempérament, l'âge, les mariages consanguins, l'hérédité, l'habitude d'avorter, les climats, etc.

La *profession* de la mère semble plus importante dans quelques cas, non pas tant par les efforts physiques qu'elle exige que par les éléments toxiques à l'absorption desquels elle expose. On ne voit guère, en effet, les femmes employées aux travaux des champs avorter plus souvent que celles des villes, et l'influence de la machine à coudre, criminée un peu à la légère, il y a quelques années, ne paraît pas démontrée. En revanche, les ouvrières qui manient le *sulfure de carbone*, le *plomb*, le *tabac* peut-être, présentent une moyenne plus élevée de fausses couches.

L'alcoolisme exercerait aussi une influence nocive sur le produit de la conception, et M. Lancereaux dit avoir été plusieurs fois frappé de la fréquence des avortements chez les femmes adonnées à l'ivrognerie; il est vrai que les femmes chez lesquelles l'alcoolisme est pour ainsi dire un inconvénient professionel, les filles de brasserie, par exemple, sont d'ailleurs soumises d'ordinaire

à d'autres influences non moins pernicieuses pour la vie du fœtus : séjour dans une atmosphère viciée, excès de coït répétés et souvent syphilis.

La *syphilis* est en effet une des causes diathésiques les mieux établies d'avortement. Elle exerce son influence presque à coup sûr, si les deux générateurs sont infectés. La syphilis du père, la mère étant indemne, peut suffire à déterminer des fausses couches ; aussi Tarnier dit-il que, dans certains cas, ce n'est pas la mère, mais bien le père qu'on devrait soumettre à un traitement prophylactique, lorsque la première n'a pas mené à terme plusieurs grossesses, sans qu'on puisse relever chez elle aucun signe de syphilis, ni aucune autre des causes connues de l'avortement. La syphilis en activité chez la mère agit avec une intensité variable, suivant l'époque de son évolution ; antérieure à la conception, elle est plus dangereuse pour le produit ; nous avons vu des femmes, atteintes d'accidents primitifs et secondaires au cours de la grossesse, mener celle-ci jusqu'à son terme sans avoir été traitées. Certains médecins ont prétendu, bien à tort, que le traitement mercuriel ou mixte ajoutait encore aux chances d'avortement d'une femme syphilitique ; il faut être aveuglé par la passion du paradoxe et de l'antimercurialisme pour soutenir cette opinion. Aussitôt que l'exsitence de la syphilis est établie chez une femme enceinte, il est *formellement indiqué* de la soumettre à un traitement actif et prolongé ; ce n'est qu'en agissant ainsi que l'on pourra conserver quelque chance au fœtus de naître à terme, et d'échapper même à l'infection.

Parmi les autres maladies générales nuisibles au fœtus, on cite habituellement les fièvres éruptives et infectieuses et les inflammations étendues de l'appareil respiratoire. Les premières agiraient par intoxication, les secondes, en s'opposant à l'oxygénation du sang, ou, mécaniquement par les secousses de toux. La *variole* et la *scarlatine hyperthermique* sont celles dont l'action est le moins contestable. Nous avons vu assez de fois des fièvres typhoïdes, même graves, évoluer sans interrompre la grossesse, pour laisser désormais aux malades et à leur entourage, concernant la viabilité du fœtus, un espoir légitime. Quant à la pneumonie, il est probable que Grisolle était tombé sur une série de cas malheureux puisqu'il a vu cette maladie provoquer l'avortement sur douze femmes enceintes. Nous n'avons pas d'expérience en ce qui concerne l'impaludisme ; mais les auteur compétents signalent les symptômes de souffrances du fœtus pendant les accès fébriles, accélération, puis diminution et affaiblissement des bruits du cœur, la mort de celui-ci et l'avortement pouvant en être la conséquence à bref délai, mais étant, en général, conjurés par l'administration du quinquina et de la quinine.

Parmi les *états morbides de l'utérus* lui-même, on doit redouter ceux qui entravent mécaniquement son développement régulier, tumeurs, adhérences péritonéales anciennes, mais, pardessus tout, la *rétroflexion* : celle-ci apporte dans la circulation utérine une gêne qui se traduit par une hémorrhagie et la mort de l'œuf. Le rôle que joue la congestion utérine, dans l'avortement, explique la fréquence incontestable avec laquelle celui-ci se produit aux époques menstruelles. La métrite interne du col ou du corps s'oppose plutôt à la fécondation qu'au libre développement de l'ovule une fois fécondé.

Les *maladies de l'œuf* sont parmi les causes les plus fréquentes d'avortement, surtout dans les premiers temps de la vie intra-utérine, et il faut s'incliner devant l'expérience d'un Velpeau, qui, sur plus de deux cents produits expulsés avant le quatrième mois, avait vu, le plus souvent, une altération de quelques-unes des parties de l'œuf. Ne pouvant y insister ici, nous rappellerons seulement l'hydropisie de l'amnios, l'hydrorrhée, la mole hydatiforme, l'apoplexie et la dégénérescence graisseuse du placenta.

La *mort du fœtus*, par suite des maladies qui lui sont propres, se produirait dans le dernier tiers de la gestation et est un des facteurs importants de l'avortement.

La fréquence des causes énumérées ci-dessus d'avortement spontané permet de restreindre considérablement celle de l'avortement accidentel. Les traumatismes, les émotions sont assurément bien loin de jouer le rôle que leur prêtaient les anciens auteurs et que le monde invoque si volontiers ; nous exceptons, bien entendu, le traumatisme intentionnel, portant sur les membranes dans l'avortement provoqué criminel. Nous ferons la même réserve relativement aux agents thérapeutiques, et les substances abortives ou emménagogues sont fort heureusement bien loin de produire les effets qu'en espèrent ceux qui les administrent dans une intention coupable.

II. — Traitement de l'avortement et de ses complications.

Le traitement prophylactique dérive des notions que nous avons acquises sur son étiologie ; notre but n'est pas d'y insister aujourd'hui.

Quand on est appelé à constater les premiers symptômes d'un avortement, on songe de suite à la recommandation classique de la saignée ; mais vraiment le nombre de cas dans lesquels on doit la faire, n'est pas très considérable. Les femmes d'une constitution robuste et pléthorique ne sont pas en majorité ; les idées médicales du public et des hommes de l'art se sont éloignées, de nos jours, des émissions sanguines. Mais la prescription du *décubitus horizontal* et l'administration des *opiacés* s'imposent. On donnera, par quart de lavement, d'heure en heure, ou de deux en deux heures, de dix à soixantes gouttes de laudanum de Sydenham. Cette dose, prise en 24 heures, n'a jamais été suivie d'accidents sérieux, affirment les maîtres les plus autorisés, hormis un peu de pesanteur de tête et de somnolence ; il ne sera d'ailleurs nécessaire que rarement de pousser jusqu'à la dose *maximum*, et on peut espacer les doses, quand les contractions utérines se ralentissent, pour les cesser dès qu'elles sont éteintes.

Le repos absolu de l'esprit, les boissons froides, l'application de compresses froides, l'application de révulsifs (sinapismes, ventouses sèches), sur les membres supérieurs et la poitrine sont les meilleurs adjuvants de la position horizontale et de l'opium.

Mais ces moyens n'ont pu arrêter l'avortement: l'hémorrhagie et les douleurs continuent, les membranes sont rompues. Il ne reste plus qu'à faciliter l'expulsion du fœtus et la délivrance, à combattre les complications.

Dans les trois premiers mois, hormis le cas d'hémorrhagie menaçante pour la vie, on peut attendre, sans inconvénient, l'expulsion spontanée, en se souvenant que le peu d'énergie de la contractilité utérine, à cette époque, n'amène celle-ci qu'avec lenteur.

A partir du cinquième mois, les choses se passent à peu près comme dans l'accouchement à terme.

Les deux complications qui donnent à l'avortement sa physionomie particulière sont *l'hémorrhagie* et la *délivrance incomplète*.

En ce qui concerne l'hémorrhagie, nous ne dirons pas autre chose que ce qui se trouve dans les livres classiques. La position horizontale, les boissons froides, l'application du froid sur le bas ventre et les cuisses sont de simples palliatifs; les excitants généraux, alcooliques, teinture de cannelle, doivent être administrés généreusement, et, si l'utérus est suffisamment riche en fibres contractiles, comme cela est dans la seconde moitié de la grossesse, l'ergot de seigle produira un très utile effet, en activant l'expulsion du produit, en même temps qu'il modérera la perte de sang en faisant contracter les vaisseaux.

Mais dans les premiers mois, son action sera insuffisante, et la meilleure ressource est le tamponnement à l'aide du spéculum. Le tampon, qui doit être appliqué méthodiquement, est constitué par des bourdonnets de charpie ou de ouate imbibés d'un liquide antiseptique; il agit à la fois, en forçant le sang qui ne peut s'écouler à l'extérieur, à se coaguler et à oblitérer les vaisseaux qui le fournissent, en activant, par son contact, les contractions utérines et l'expulsion. On n'a pas à redouter, avant le sixième mois, de convertir l'hémorrhagie externe en une interne, car, à cette époque, il est impossible qu'une grande quantité de sang s'accumule dans l'utérus,et la femme accouchera à la fois du fœtus et du tampon.

Mais, le point le plus délicat qui doive nous préoccuper dans les avortements, d'est la *délivrance*.

A ce point de vue, il faut étudier séparément l'avortement dans les deux premiers mois, dans le troisième et le quatrième, enfin dans le cinquième et le sixième.

Dans les deux premiers mois, l'œuf est habituellement expulsé en entier; à partir du cinquième, l'expulsion du délivre se fait à peu près comme dans l'accouchement à terme, et n'impose pas de pratique spéciale.

Mais du troisième au cinquième, il est fréquent ue, le fœtus une fois expulsé, le cordon ombilical, très grêle encore, se rompe, et que l'utérus, n'ayant pas une force contractile assez grande pour décoller et chasser le placenta, se referme sur lui. Cette notion est de première importance: aussi devons-nous, lorsque nous n'avons pas assisté à la fausse couche, nous faire montrer, aussi complètement que possible, les produits expulsés, pour nous assurer si les membranes et le placenta se trouvent intégralement mêlés aux caillots. Dans les cas où les produits auraient été jetés, il ne faut pas ajouter foi aux assurances données par la malade ou les assistants qui ne manquent pas de dire que le délivre a été expulsé en même temps que le fœtus. Pratiquer le toucher vaginal simultanément au palper hypogastrique est indispensable pour s'assurer que l'utérus est bien revenu sur lui-même, pas plus gros qu'il ne convient, et que le col est refermé. On pourra souvent constater que le col est encore entr'ouvert et sentir, dans son orifice, une portion de membranes ou de placenta engagé; si l'on peut saisir cette portion et l'attirer au dehors, sans effort, rien de mieux. Sinon, que faut-il faire? C'est ici que les avis sont fort divisés.

III. — Traitement de la rétention du placenta.

Deux opinions sont en présence.

La majorité des auteurs est d'avis qu'il faut s'opposer, à tout prix à la rétention de l'arrière-faix, et, redoutant la putréfaction des fragments retenus dans l'utérus, pose en règle absolue le précepte de les extraire, même par la dilatation forcée du col, et en introduisant, dans la cavité, utérine, les doigts ou un instrument.

Les autres, et c'est à leur opinion que nous nous rattachons en nous basant sur des faits nombreux, considèrent comme plus nuisible d'introduire dans l'utérus des instruments, ou d'aller avec les doigts décoller les fragments de délivre adhérents à ses parois. Notre maître, M. Siredey, partisan convaincu de la non-intervention ou du moins, comme nous allons l'expliquer, de *l'expectation armée*, nous a tant de fois démontré la supériorité de cette méthode, que nous la préférons de beaucoup à l'enseignement classique de *l'extraction à tout prix*.

Il ne faut pas perdre de vue que, d'après les travaux si importants des gynécologistes contemporains, la cause certaine de la septicémie puerpérale est l'absorption des germes septiques par les vaisseaux utérins déchirés et béants. N'est-il pas illogique d'aller, par des grattages ou autres manœuvres brutales dans la cavité utérine, ouvrir un plus grand nombre de vaisseaux et, par conséquent, de portes à l'infection? Laissons, au contraire, le travail naturel de cicatrisation s'opérer, les vaisseaux s'oblitérer, la matrice, revenue sur elle-même, achever lentement le décollement et l'expulsion de l'arrière-faix qui se produira presque fatalement, au bout de quelques jours.

Mais, disent les partisans de l'intervention à tout prix, les produits retenus dans l'utérus vont se pourrir ou infecter précisément la malade que vous prétendez soustraire à l'infection. — On peut

répondre d'abord que les fragments de placenta retenus à cette époque de la grossesse, sont encore adhérents et vivants, recevant encore assez de vaisseaux nourriciers pour ne pas se putréfier aussi rapidement. D'ailleurs, nous combattrons cette putridité, si le moindre signe nous en était fourni par l'odeur de l'écoulement lochial, au moyen d'injections intra-utérines antiseptiques. Mais, on doit surtout répondre que la statistique donne raison à la pratique de l'expectation. M. Siredey a presque toujours vu succomber les malades chez lesquelles on avait dû pratiquer des manœuvres intra-utérines pour l'extraction forcée de l'arrière-faix; il a presque toujours vu guérir celles qui n'ont été soumises à aucune manœuvre, lors même que les fragments retenus n'étaient expulsés qu'au bout de quelques jours, de vingt et un jours même, comme nous l'avons observé dans un cas récent.

Mais, dira-t-on encore, la présence de ces fragments, devenus corps étrangers dans l'utérus, entretiendra des hémorrhagies redoutables. — Sans doute, on voit quelquefois se produire des pertes assez prolongées, sinon très abondantes; mais nous avons pour les combattre trois moyens: le tamponnement, l'ergot de seigle et l'application de glace sur le ventre.

D'où, pour résumer, la pratique suivante:

En cas de rétention d'un fragment du placenta ou des membranes, examiner journellement la malade; si le toucher vaginal permet de constater le fragment engagé dans le col, on place la malade en travers de son lit, dans la position obstétricale, on applique le spéculum et on fait une irrigation de liquide antiseptique; puis on saisit avec une pince la partie pendante dans le vagin et on l'attire doucement à soi par un léger mouvement de torsion, sans secousse et sans effort. Si le volume trop considérable de l'utérus, après cette extraction, et la béance du col indiquent que la cavité utérine renferme encore quelques débris, on se garde bien d'introduire ni le doigt ni surtout aucun instrument. On replace la femme dans son lit, on lui commande le repos et on attend; on surveille.

Si les lochies présentent la moindre odeur, on pratique non-seulement des injections vaginales antiseptiques, bi ou tri-quotidiennes, mais des injections intra-utérines, faites avec la plus grande douceur: une compresse imbibée de liquide antiseptique reste en permanence au-devant de la vulve.

S'il survient des hémorrhagies, on donne de l'ergot de seigle, des cordiaux; on applique sur le bas-ventre une vessie de glace. On pratique le tamponnement antiseptique, pour l'enlever quelques heures après, quand l'hémorrhagie s'est arrêtée.

On prend la température deux fois par jour; s'il y a de la fièvre, des frissons, on donne du sulfate de quinine.

Un beau jour, d'ordinaire du deuxième au cinquième jour après l'avortement, mais quelquefois plus tard, et même le vingtième jour, comme dans le cas cité plus haut, le fragment retenu s'étant ramolli et fragmenté, est expulsé avec les lochies. La malade est sauvée. Telle est l'expectation armée. Nous en avons obtenu des résultats si remarquables, si supérieurs en tout cas à la méthode contraire, que nous en sommes le partisan résolu.

Quant à la nature du liquide antiseptique, le plus usité jusqu'à ce jour a été l'acide phénique; mais on est depuis peu en possession d'un antiseptique qui paraît d'une puissance encore supérieure et qui a donné les meilleurs résultats à M. Tarnier: c'est le sublimé ou bichlorure de mercure en solution au 1/1000 (liqueur de Van Swiéten), ou au 1/2000, la première solution pour les injections vaginales, la seconde pour les injections intra-utérines.

Paul Gerne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Médecine de colonisation en Algérie.

Nous recevons l'article suvant de deux de nos honorables confrères de l'Algérie.

La situation difficile, dans laquelle se trouve aujourd'hui le service médical de colonisation en Algérie, nous fait un devoir de *prévenir* nos jeunes confrères qui débutent dans la profession, et, en général, tous ceux dont l'intention serait de venir en Algérie exercer comme médecins de colonisation.

Il faut le dire bien haut, afin que cela ne soit ignoré de personne, le Gouvernement général de l'Algérie, en supprimant le Comité supérieur d'Assistance médicale, a enlevé à nos confrères toutes garanties : Obligation de changer de résidence et cela sans appel, sur l'ordre et le bon plaisir du Gouverneur et même d'un Préfet, et cela malgré l'arrêté du 5 avril 1878, lequel constituait un contrat bilatéral, qui, ayant été adopté après mûre discussion et étude complète, ne pouvait être rompu que du consentement des deux parties contractantes.

Le décret du 23 mars 1883 rompt, au bénéfice de l'autocratie gouvernementale, le contrat sus-indiqué. Aujourd'hui l'avancement est subordonné non plus au mérite ni à l'ancienneté, mais à l'arbiraire.

Enfin il enlève aux médecins de colonisation même le droit de siéger dans les Assemblées électives et cela sous peine de révocation.

Voilà où en sont nos confrères les médecins de colonisation de l'Algérie. Voilà pourquoi ils protestent et luttent courageusement pour leur bon droit et la dignité professionnelle; voilà pourquoi leur esprit de solidarité doit une fois de plus s'affirmer pour soutenir les vaillants médecins, qui, au prix de leur position et le plus souvent de toutes leurs ressources, ne veulent pas sacrifier ce que nous avons de plus cher au monde,

l'indépendance morale dont est si fière, et à si juste titre, la profession médicale.

L'Administration, si elle persistait dans sa voie, réduirait ces honorables fonctionnaires *d'ordre spécial* au rôle de simples employés.

Voilà ce que nous savons tous ici, et ce dont nous voudrions bien que soient convaincus nos confrères de la métropole, afin que ceux qui viendraient dans la colonie, sous la foi des traités, sachent bien la situation qui leur est réservée.

La question est actuellement posée aux Chambres, et nous verrons si elles voudront s'associer à de telles mesures. Déjà, les conseils généraux des départements d'Alger et d'Oran (14 juin et 24 octobre 1883), appréciant et prenant en considération les arguments invoqués dans la pétition adressée aux Chambres par les médecins de colonisation de l'Algérie, ont déclaré en approuver les conclusions, et émis le vœu que satisfaction complète fût donnée par le Parlement aux *desiderata* des pétitionnaires.

De plus, dans les derniers jours de la précédente session parlementaire, la pétition des médecins de colonisation de l'Algérie a été soumise à l'examen de la *Commission des pétitions* du Sénat présidée par le *général Lecointe*. Cette commission l'a accueillie favorablement, et a renvoyé la demande, pour être fait droit, au Ministre de l'Intérieur. C'est M. le sénateur Casimir Fournier, membre de la commission, qui a été nommé pour rédiger le rapport.

PÉTITION AU SÉNAT DÉPOSÉE PAR M. LE SÉNATEUR LE LIÈVRE.

(N° 47 du 19 juin 1883.)

Session ordinaire 1883. — Sixième Commission.

Les membres du service médical de colonisation de l'Algérie appellent l'attention du Sénat (1) sur la situation qui leur est faite par le décret du 23 mars, 1883, qui a pris la place de l'arrêté gouvernemental du 5 avril 1878, et demandent la remise en vigueur de cet arrêté.

M. Casimir Fournier, rapporteur.

Rapport. — La pétition signée par la plupart des médecins de colonisation de l'Algérie et déposée sur le bureau du Sénat par l'honorable M. Le Lièvre, se présente avec l'appui des trois Conseils généraux de l'Algérie.

Elle tend à la remise en vigueur, sous la forme d'un décret du Président de la République, d'un arrêté du 5 avril 1878, qui a été abrogé et remplacé par un décret du 23 mars 1883.

L'objet principal du décret du 23 mars 1883 est de supprimer le Comité supérieur et central, dont la mission était définie par l'article 15 de l'arrêté du 5 avril 1878, dans les termes suivants :

« Art. 14. — Il a pour mission d'examiner les résultats du service médical d'assistance, recueillis et présentés par les comités départementaux : de donner son avis sur les modifications et améliorations dont le service aura été reconnu susceptible ; d'établir, *après examen de leurs notes et des rapports trimestriels et annuels, le tableau d'avancement des médecins que les comités départementaux ont jugés dignes d'une augmentation de classe* ; de donner son avis sur les mesures diciplinaires proposées par les mêmes comités, enfin, d'arrêter les bases d'un rapport d'ensemble que son président doit adresser chaque année au Gouverneur Général. »

Dans le régime inauguré par le décret du 23 mars 1883, il reste, pour chaque département, un comité d'assistance médicale qui est appelé à émettre un avis sur les titres à l'avancement des médecins de colonisation au point de vue professionnel, et à fournir des renseignements à l'administration centrale ; mais celle-ci ne voit plus ses décisions préparées ni son action limitée par l'intervention nécessaire du Comité supérieur.

Suivant les pétitionnaires, si les médecins de colonisation sont et doivent être des fonctionnaires relevant de l'Administration, leurs travaux et leurs mérites personnels ne peuvent cependant être appréciés directement par les bureaux ; il importe donc, disent-ils, qu'il y ait entre eux et l'administration un comité spécial chargé de juger leur valeur professionnelle. Cette organisation, ajoutent-ils, existe du reste dans l'armée où le Comité de santé joue, vis-à-vis du ministre de la guerre, le rôle du Comité supérieur vis-à-vis de l'Administration.

La difficulté, comme on le voit, résulte de la situation complexe des médecins de colonisation. Retenus dans les liens de la subordination par leur qualité de fonctionnaires et par le traitement attaché à cette qualité, ils n'en conservent pas moins les sentiments d'indépendance professionnelle, qui, peut-être, ne se concilient pas toujours exactement avec cette subordination ; et, d'autre part, ils ont une répugnance naturelle à voir leurs titres et leurs services médicaux appréciés en dernier ressort par des administrateurs tout à fait étrangers à la science.

L'arrêté du 5 avril 1878, avait fait une part très large et très libérale aux revendications du corps médical ; le décret du 23 mars 1883, n'en tient peut-être pas un compte suffisant. Il est visible qu'il a été inspiré par le désir qu'éprouvait l'administration de s'assurer une marche plus libre, et, selon elle, plus conforme au bien du service ; mais il est possible, d'autre part, qu'il soit de l'intérêt du service lui-même que la profession, si honorable et si pénible, des médecins de colonisation jouisse de certaines garanties qui en relèvent la dignité. Cette vue avait sans doute inspiré le rédacteur de l'arrêté du 5 avril 1878 et il semble qu'elle méritait d'être soumise au contrôle d'une expérience sérieuse.

Il semble aussi que l'Administration, sans renoncer à exercer un contrôle afficace sur l'exécution du service, peut laisser aux médecins l'assurance que l'appréciation de leurs titres scientifiques, de leurs études et de leurs travaux sera toujours d'une influence sérieuse sur leur avancement, et que cette appréciation émanera d'un corps où ils seront représentés et défendus. Les pétitionnaires croient que ce résultat serait atteint par la remise en vigueur de l'arrêté de 1878 ; l'administration pourrait, si cette solution ne lui paraît point praticable, rechercher et proposer tout autre moyen de concilier les intérêts engagés.

C'est en ce sens que nous nous proposons le renvoi de la pétition à M. le Ministre de l'Instruction publique et à M. le Gouverneur Général de l'Algérie.

Renvoi au Ministre de l'Instruction publique et au Gouverneur Général de l'Algérie.

(1) Le *Concours* a publié le texte de la pétition dans son n° 33 de l'année.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX AMÉRICAINS

La diarrhée d'été. — Tous les ans, à la même époque, les journaux discutent sur les causes et le traitement de la diarrhée d'été. Qu'est-ce donc que cette *diarrhée d'été*? Est-ce une maladie infectieuse qui se rapproche plus ou moins du choléra? Est-elle due à des émanations du sol, des égouts; à la décomposition des matières fécales, ou bien simplement à des défauts d'hygiène? Toutes ces opinions et bien d'autres ont été émises.

Dans une réunion récente de la *British Medical Association*, le Dr Edward Ballard (1) combat l'origine excrémentitielle de cette maladie. Il cite des villes très propres, comme Nottingham, où la diarrhée d'été cause une très grande mortalité, et d'autres villes, comme Helston, où l'*excremental odor* est un fait habituel, et qui ne comptent que quelques cas de mort.

Pour le Dr Remsen (2) c'est le manque d'eau qui est la cause de la plupart des troubles gastro-intestinaux des enfants; et, en leur administrant de l'eau de temps en temps, on guérit facilement les troubles en question, et on les prévient même complètement par le même procédé.

D'après le Dr Keating (3) les enfants élevés exclusivement au sein et qui sont entourés de soins suffisants, — chambres fraîches et aérées, vêtements propres, bains, promenades à l'ombre, excursions à la campagne ou sur l'eau etc., — sont presque hors d'atteinte. Mais, lorsque le sein fait défaut, ou bien est suppléé par un autre genre de nourriture, les troubles se montrent et la mortalité augmente en proportion de la déviation de la loi naturelle.

Un des cas le plus fréquents est celui-ci: Un enfant fort et robuste, a appétit vorace, aura été élevé au sein jusqu'à trois ou quatre mois, peut-être huit ou dix; à ce moment, la mère se figurera que son lait n'est pas bon, qu'il n'est pas assez fort, et sèvrera son enfant, ou bien, en outre du sein, lui fera manger quelques féculents.

Bientôt le bébé deviendra triste, dormira mal; son urine sera plus rare et plus colorée; il sera constipé ou aura une diarrhée liquide contenant fréquemment des caillots de lait. Si, à ce moment, survient la saison chaude, il sera pris de vomissements, de diarrhée profuse, très liquide, et, en quelques heures, l'enfant, auparavant fort et plein de santé, deviendra excessivement faible; sa face sera pâle, ses yeux excavés et entourés d'un cercle sombre, sa peau sèche. Les sutures crâniennes seront saillantes, la fontanelle déprimée; l'urine se supprimera plus ou moins; et si l'on n'intervient pas promptement, on verra les vomissements redoubler; les globes oculaires se convulseront, les pupilles seront dilatées, et la mort ne tardera pas à survenir.

Une autre forme de diarrhée décrite par Keating, est celle qu'il nomme *catarrhale*. D'après lui, la muqueuse intestinale est aussi souvent le siège d'une inflammation de cette nature que la muqueuse respiratoire, et les mêmes variétés existent, depuis le simple catarrhe superficiel, jusqu'à l'inflammation sous-muqueuse avec exsudat fibrineux. Cette forme est très fréquente et les plus grandes précautions ne peuvent l'éviter. Elle est due aux changements brusques de température, et s'observe le plus souvent lorsque, après une très grande chaleur, la température s'abaisse tout-à-coup; elle fait ordinairement son apparition vingt-quatre heures après cette chute de température. La bronchite s'associe quelquefois avec elle. Cette forme de diarrhée laissera souvent après elle un catarrhe du rectum qui peut être méconnu, et est quelquefois difficile à guérir.

C'est dans les premières semaines de juin, dit le Dr Blackader (1), que commence la diarrhée: Elle augmente plus ou moins rapidement suivant l'élévation de la température, pour atteindre son apogée à la fin de juillet ou au commencement d'août. A partir de ce moment, elle diminue jusqu'en septembre ou octobre, et alors on n'observe plus que des cas passés à l'état chronique. Elle sévit sur les enfants au-dessous de deux ans et de deux ans et demi; au-dessus de cet âge, elle n'est pas plus fréquente que chez l'adulte, et revêt les mêmes caractères que chez ce dernier.

Plusieurs raisons expliquent sa plus grande fréquence chez l'enfant. Les enfants, suivant la remarque de Jacobi, ont une tendance normale aux évacuations liquides; la nourriture est plus liquide; les mouvements péristaltiques sont plus fréquents, les vaisseaux plus perméables; les terminaisons nerveuses sont plus grosses proportionnellement que chez l'adulte; les cornes antérieures de la moëlle sont plus développées que les postérieures: tout cela explique une plus grande irritabilité reflexe.

C'est aussi l'époque du développement des follicules intestinaux, il y a un afflux normal de sang, et la plus petite irritation peut faire changer la congestion en inflammation.

Les causes occasionnelles sont la nourriture impropre et les digestions défectueuses; or, tout ce qui trouble la lactation de la mère retentit sur les digestions de l'enfant. Mais la principale cause est la chaleur de l'été. Toutes les autres peuvent s'être fait sentir sans avoir beaucoup altéré la santé de l'enfant; mais, dès que la chaleur se manifeste, la diarrhée arrive.

La chaleur agit probablement sur les centres nerveux déjà affaiblis, pour amener un relâchement des vaisseaux de l'intestin et favoriser l'osmose; elle intervient aussi dans l'acte digestif, en favorisant le passage dans l'intestin de matériaux non digérés et ayant subi une fermentation. Mais cette explication n'est valable que pour

(1) *The New-York médical Journal, october 6, 1883.*
(2) *The use of water in the Dietary of Young Children, By C. Remsen. N. Y. med. Journ. september 29, 1883.*
(3) *Notes on the treatment of summer complaint. The medical and surgical reporter, August 11, 18, 1883.*

(1) *Abstract of clinical lecture on infantile summer diarrhœa; by Blackader. Canada medical and surgical journal July 1883.*

les premiers cas; car ensuite vient s'ajouter l'action bien plus efficiente de la contamination de l'air par les matières organiques en décomposition, surtout dans les faubourgs populeux et malpropres.

On ne sait pas exactement quel est l'agent de cette contamination. Est-elle due à l'effet direct du gaz de décomposition des matières organiques, ou, ce qui est plus vraisemblable, à quelque germe? Quoi qu'il en soit, le lait et les aliments absorbent ce contage et il faut les faire bouillir pour les en débarrasser.

Le *début* peut être brusque avec des symptômes cholériques, mais, le plus souvent, il est insidieux. De la lassitude, un peu de fièvre, le matin; de la mauvaise humeur, quelques selles pendant le jour, tels sont les symptômes que les mères regarderont souvent comme passagers. Mais leur intensité augmente bientôt; il peut y avoir des vomissements qui paraissent dus à l'augmentation d'acidité de l'estomac, ou à une action reflexe. Si le colon est particulièrement atteint, il y a dans les matières beaucoup de mucus et parfois des traces de sang. Le pouls est très accéléré, mais la fièvre est peu intense. L'épuisement se montre de bonne heure. L'urine est très diminuee. La peau est sèche et rude.

Si la maladie se prolonge, il survient des symptômes cérébraux, de l'assoupissement; les selles deviennent moins fréquentes et la mort survient tranquillement.

Au point de vue *anatomique*, il s'agit d'un catarrhe de tout l'intestin, mais plus spécialement de la partie inférieure de l'iléon et du commencement du colon, au voisinage de la valvule; le colon descendant et l's iliaque sont aussi atteints. On trouve, sur ces points, la muqueuse plus vasculaire et épaissie. Les glandes agminées et isolées sont gonflées. Lorsque l'inflammation a été sévère et a duré longtemps, on voit des ulcérations qui commencent autour des glandes solitaires.

Le *traitement* varie avec la forme de la maladie. Dans les diarrhées cholériformes, le Dr Keating recommande l'enveloppement de l'enfant dans des flanelles chaudes, pour exciter les fonctions de la peau, persuadé qu'il est, que la mort vient par urémie. Il fait couvrir le ventre de cataplasmes aromatiques.

La diarrhée est combattue par une potion à l'acide sulfurique et à l'alcool. Si les vomissements sont plus fréquents que la diarrhée, il fait mettre toutes les heures, sur la langue de l'enfant, une poudre composée, dans laquelle il entre de très petites quantités de calomel et d'ipéca (1/3 et 1/6 de grain, pour quatre paquets). Il fait suivre cette médication d'un peu d'huile de ricin émulsionnée ou bien d'une faible dose de craie mercurielle.

Ce traitement a pour but d'exciter l'action des organes d'élimination (foie, reins) qui paraissent paralysés.

Pour combattre la soif, il fait administrer de petits fragments de glace. L'enfant n'est nourri que de *Wine-Whey*, c'est-à-dire de petit lait obtenu par la coagulation du lait à l'aide de vin de Xerès. Ce breuvage, contiendrait un quart des substances albuminoïdes du lait. Il s'administre mélangé avec des fragments de glace.

Aussitôt que les vomissements ont diminué, le Dr Keating combat la suppression d'urine avec dix ou quinze gouttes d'éther nitrique dans une cuillerée d'eau, il ajoute même quelquefois quinze ou vingt gouttes de bon gin. Il fait répéter ce médicament toutes les deux ou trois heures.

Dans la forme qu'il appelle *catarrhale*, il donne à l'intérieur le bicarbonate de soude, ou celui d'ammoniaque, si l'enfant est faible et, un peu d'ipéca pour stimuler la muqueuse gastro-intestinale; du bromure d'ammonium ou de potassium pour combattre les paroxysmes douloureux.

Lorsque l'enfant rend beaucoup de mocus, il donne l'huile de ricin toutes les deux heures, jusqu'à ce que les selles aient changé de couleur, alors il lui substitue le bismuth.

Le catarrhe du rectum est combattu par des lavements à l'amidon laudanisés.

Si l'enfant est au sein, la mère doit le faire téter fréquemment et peu à la fois. Souvent une dose d'huile de ricin administrée à la mère rend son lait plus digestif.

Si l'enfant ne prend pas le sein, le Dr Keating défend les farineux et le lait et les remplace par de l'eau albumineuse. Lorsque un peu de mieux survient, il faut ajouter à l'eau albumineuse un peu d'eau-de-vie, ou la donner alternativement avec le *Wine Whey*. A ce genre de nourriture succèdent les gelées de viande, et le lait additionné d'eau de chaux. Pour éviter les coagula indigestes, l'auteur fait souvent ajouter au lait un peu d'extrait de pancréas, ce qui permet une digestion complète.

Dans la convalescence, il donne souvent le citrate de fer et de quinine, associé à la teinture de noix vomique.

Le Dr Blackader attache une grande importance au traitement hygiénique et préventif.

Si l'enfant est au sein, il faut veiller à ce que les tétées ne soient pas trop fréquentes; s'il paraît avoir soif, alors qu'il aura déjà un peu de diarrhée, on lui donnera, entre les tétées, un peu d'eau de riz ou d'eau d'orge, ou encore un peu d'eau fraîche filtrée.

Si l'enfant ne tète pas, il faudra surtout veiller à la propreté du biberon.

On est souvent très embarrassé sur le choix de la nourriture; tel aliment qui réussit l'hiver cause de l'acidité et est mal supporté pendant les grandes chaleurs. Cela est particulièrement vrai pour la plupart des préparations patentées vendues pour les enfants.

Le lait, auquel on a ajouté de l'extrait de pancréas, n'a pas donné au Dr Blackader tous les résultats qu'il en attendait; beaucoup d'enfants le refusent à cause de son goût. Le *Wine Whey* et le petit lait préparé à l'aide de l'acide chlorhydrique lui ont rendu souvent des services dans les cas où le lait était rejeté caillé.

Lorsqu'il suppose qu'il y a dans l'intestin des matières irritantes, il commence le traitement médicinal par un laxatif, l'huile de ricin; mais souvent il commence par l'opium et le bismuth (une demi-goutte de teinture d'opium et 0,50 à 0,60 centigr. de bismuth toutes les trois heures pour un enfant d'un an). S'il suppose de l'acidité de l'estomac, il ajoute un peu de craie.

Il combat l'excitation nerveuse par les bromures (un ou deux grains par dose); les fermentations par l'acide phénique (1/16 à 1/12 de goutte).

Lorsqu'il y a beaucoup de mucus et des traces de sang dans les selles, il a obtenu les meilleurs résultats, en suivant la méthode de Ringer, qui consiste à donner 1/100 (1/2 milligramme) à 1/150 de grain de sublimé.

Pour combattre les vomissements, il emploie, comme le Dr Keating, le calomel ou la craie mercurielle sur la langue.

Enfin dans certains cas, il a recours, pour combattre

l'inflammation, aux lavements laudanisés à l'amidon, plusieurs fois répétés, et à l'application sur le ventre de linges imbibés de substances alcooliques et de laudanum, et recouverts de taffetas.

*
* *

Menstruation précoce *(The medical and surgical reporter september 29, 1883).* — Dans *The american Journal of obstetrics*, de septembre 1883, le Dr Van Derveer rapporte le cas d'une petite fille âgée de deux ans et sept mois, qui a commencé à être réglée à l'âge de quatre mois. Ses seins sont de la grosseur de petites oranges. Le mont de Vénus est bien développé et couvert de poils. Les grandes lèvres sont larges et la vulve bien formée. Elle est intelligente ; son caractère devient irritable au commencement de chaque époque menstruelle. Elle ne montre aucun penchant érotique. Dr Edmond Chaumier.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

LA DÉMISSION DES MEMBRES DU BUREAU DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GIRONDE.

Au moment où nous écrivions, pour le dernier numéro du *Bulletin mensuel des Syndicats*, le compte-rendu de la réunion tenue à Cadillac par l'Association des médecins de la Gironde, un de nos excellents et dévoués confrères nous annonçait que huit membres du conseil d'administration venaient de donner leur démission. Ce sont MM. Dénucé, président, Lanelongue et Vergely, vice-présidents ; puis MM. Burguet, Ch. Dubreuilh, Hirigoyen, Levieux et Moussous. Tous ces honorables confrères habitent Bordeaux, y occupent les positions les plus en vue, et s'y partagent avec quelques autres, la plus belle et la plus riche clientèle.

Nous avions d'abord pensé que les démissions données seraient retirées, grâce à l'intervention des autres membres du bureau, et c'est pour cela que nous n'avions pas voulu entretenir plus tôt nos lecteurs de ce que nous supposions devoir rester un simple incident.

Mais il ne devait pas en être ainsi. La retraite des honorables confrères que nous avons nommés plus haut, est bien définitive. Ils ne peuvent, dit une note officieuse que nous avons sous les yeux, s'associer au vote exprimé dans la réunion de Cadillac, ni prendre la responsabilité de conduire l'Association dans la voie nouvelle où elle va s'engager.

Or, la réunion de Cadillac avait simplement admis, à une très grande majorité, les conclusions du rapport lu par l'honorable M. Hameau, d'Arcachon, l'un des vice-présidents de l'Association, et voici quelles sont ces conclusions : (1)

(1) Dans le prochain Bulletin mensuel nous publierons *in-extenso* le travail de M. le Dr Hameau (Dr Ad. B.-D.).

« La commission vous propose de décider :

« 1° Que la société locale de la Gironde considère les « Syndicats, tels qu'ils sont constitués actuellement dans « le département, comme un complément utile de sa « propre action, pouvant l'aider à améliorer le bien-être « des médecins et à exprimer les justes revendications « de la profession ;

« 2° Qu'elle se met à la disposition des Syndicats, « comme tribunal d'honneur dans les difficultés déonto- « logiques qu'ils jugeront opportun de lui soumettre. »

Ce sont ces conclusions si simples, si anodines, si mesurées, si timides, pourrions-nous dire, qui ont suscité une véritable révolution! Et ce sont des confrères occupant, près d'une importante faculté, les plus hautes situations qui ont refusé de s'y associer! Ce sont des hommes que le talent ou les circonstances — le talent surtout — ont fait les princes de la science dans le Sud-Ouest et dans une grande cité de plus de deux cent mille habitants, qui se retirent parce que l'Association, leur idole sacrée, daigne jeter un regard bienveillant sur ces pauvres petits syndicats nés d'hier seulemsnt !

Pensent-ils, contrairement à l'honorable rapporteur, que cette institution soit incapable d'aider à l'amélioration du bien-être des médecins? Pensent-ils que les syndicats, frappés d'impuissance originelle, ne puissent servir à exprimer les légitimes revendications du corps médical ? ou bien encore, renonçant à l'une des plus nobles prérogatives de l'Association, refuseraient-ils le précieux concours de leur autorité morale pour maintenir toujours parmi leurs confrères, au plus haut degré, le culte du devoir ? Certes nous ne voulons pas leur faire l'injure de supposer qu'ils entendent désormais se désintéresser de tout ce qui touche à l'amélioration de la situation du corps médical. Mais ce que nous soutiendrons toujours, c'est que les médecins de campagne dont le plus grand nombre vit péniblement des produits peu rémunérés d'un rude et pénible labeur, sont mieux placés que personne pour savoir quels sont leurs besoins réels et quels remèdes il convient d'y apporter. Peut-on leur faire un crime de chercher, avec l'aide des syndicats, à obtenir enfin les améliorations que l'Association a été impuissante à produire jusqu'à ce jour ? Et c'est au moment où, se réveillant comme d'un trop long sommeil, le corps médical réclame sa juste part de bien-être et de considération, c'est à ce moment que les dignitaires de l'Association se retirent! Je ne sais pas si cette mesure est bien faite pour leur attirer de nouvelles sympathies, mais je ne crois pas que les ilotes de la profession leur en témoignent une bien vive gratitude.

Ah! s'ils avaient daigné venir à la réunion exposer leur sentiment, montrer les dangers que peut courir l'Association et qu'eux seuls paraissent apercevoir, on aurait pu examiner, peser leurs arguments, les réfuter ou bien se ranger à leur avis. Au lieu de cela, ils se sont enfermés dans un silence profond. Seul l'honorable M. Levieux a essayé de refroidir le zèle des partisans des Syndicats, mais sans succès. Nous reviendrons bientôt sur son discours et nous montrerons combien peu ses arguments étaient faits pour entraîner son auditoire. Tous les autres démissionnaires ont pensé, sans doute, qu'il n'était pas digne d'eux de discuter une question qui est pourtant d'un intérêt vital pour la très grande majorité de leurs confrères. Et, comme si, seuls, ils étaient en possession de la vérité, ils ont refusé de s'incliner devant SA MAJESTÉ LE NOMBRE, et se sont appro-

prié la devise célèbre : « *Etiamsi omnes, ego non!* »

Il est un fait surtout qui a particulièrement attiré notre attention : c'est l'attitude actuelle de l'honorable M. Vergely. Lui aussi, sans doute, a trouvé son chemin de Damas et brûle aujourd'hui ce qu'il a jadis adoré. Qui le croirait? M. Vergely fut, dans son temps, un zélé partisan des Syndicats! Lui-même veut bien nous l'apprendre dans un rapport sur les actes de l'Association, lu à Bordeaux, dans la séance du 30 mars 1882. « Déjà « en 1868, dit-il, sous l'inspiration de MM. les Drs Lugeol et Solles, auxquels s'adjoignirent MM. Marx et « *Vergely*, des tentatives avaient été faites pour amener « les Sociétés de secours mutuels à une plus véritable « entente de leurs intérêts en ménageant les intérêts « lésés de leurs médecins. On créa un Syndicat médical, « chargé de donner des soins aux Sociétés de secours « mutuels. Quarante-cinq médecins adhérèrent aux sta- « tuts...... Le Syndicat eut bientôt l'adhésion d'un grand « nombre de Sociétés, et il est encore prospère, quoique « la plupart de ceux qui avaient été des premiers adhé- « rents aient cessé de faire de la médecine des Socié- « tés.... » Il n'est pas difficile de deviner que ceux qui ont cessé de faire de la médecine des Sociétés ont, comme M. Vergely, sans doute, trouvé plus lucratif de donner leurs soins à une autre catégorie de clients. Mais ce qui était bon en 1868, ce qui fonctionnait encore très bien à Bordeaux en 1882, est bon aujourd'hui à la campagne comme à Bordeaux, et c'est pour cela que nous voulons voir les Syndicats se généraliser.

Enfin, pour terminer, nous citerons encore quelques lignes de M. le Dr Vergely. « Depuis un demi-siècle « environ, dit-il dans le même rapport, les changements « et les bouleversements qui ont modifié notre système « politique, qui ont changé les sources et les assises de « la fortune publique, ont transformé les professions, « les salaires, la liberté de l'association dans chaque « corporation; seule, la médecine est restée dans les er- « rements du passé, sans tirer le moindre profit du nou- « veau régime. Cependant le médecin entre de plus en « plus, comme un rouage indispensable dans le fonction- « nement des améliorations apportées à la santé publi- « que..... Et quelle récompense a-t-il reçue? Son dévoue- « ment, son repos, sa vie lui sont pris sans hésitation et « le plus gratuitement possible, et, en fin de compte, « quand on n'a plus besoin de lui, on le change, on le « casse..... »

Eh bien! voilà ce que nous voulons voir cesser! Et c'est pour cela, après avoir constaté l'impuissance de l'Association, que nous avons tourné nos regards vers les Syndicats, et nous les avons salués comme un symptôme du réveil de l'initiative individuelle trop longtemps enchaînée. C'est pour cela aussi que nous trouvons profondément regrettable la détermination devenue irrévocable de nos honorables confrères. Ce qui nous console, c'est qu'il existe au sein de l'Association de la Gironde, assez d'hommes généreux et dévoués au bien de tous pour se charger de diriger les travaux de cette Société, et remplacer ceux qui se retirent au moment où ils croient apercevoir le danger.

Dr A. BARAT-DULAURIER.

PETIT COURRIER

Monsieur le Directeur,

Je réponds à une des questions posées dans un de vos derniers numéros.

1° Oui, un médecin en chef d'hôpital, peut faire partie de la Commission administrative de cet établissement, mais à la condition expresse de faire le service médical gratuitement;

2° Le Dr G., médecin de l'hôpital d'A., a fait partie de la Commission administrative de cet établissement jusqu'en 1878, mais c'est *illégalement* qu'il touche les émoluments de son emploi.

Recevez, etc., Dr ADHÉRAN *(d'Annonay)*.

ERRATA. — Plusieurs erreurs typographiques se sont glissées dans notre n° 44; nous rectifions les principales. — Page 544, première colonne, ligne 7, ajouter le mot *plus* au commencement de la ligne. — Page 562, première colonne, vers le milieu, lisez : la société est entrée dans une voie *médicale* et confraternelle, — *médicale* et non radicale. — Page 561, deuxième colonne, titre : au lieu de Exposition internationale à Vienne, lisez Exposition internationale *de Pharmacie* à Vienne. — Page 565, ligne 5, lisez *facilités* et non facultés.

NOUVELLES

CHIRURGIE DENTAIRE PRATIQUE. — Le Docteur AGUILHON DE SARRAN commencera son Cours public le *12 novembre prochain*, à cinq heures du soir, et le continuera les *Vendredis* et *Lundis* suivants, à la même heure, 13, rue Suger. Clinique des maladies de la bouche et des dents.

On nous prie d'insérer les lignes suivantes :

« Un journal français, *l'Hygiène pratique*, vient d'être interdit en Allemagne.

» Cependant, *l'Hygiène pratique*, fondée en 1882 et rédigée par un comité de savants et de vulgarisateurs tels que : MM. le docteur de Pietra-Santa, Camille Flammarion, Louis Figuier, W. de Fonvielle, Henri de Parville, Félix Hément, docteur E. Monin, docteur Ed. Barré, etc., etc., s'applique uniquement à vulgariser la science d'hygiène sans jamais s'occuper de questions politiques.

» Cet acte de rigueur ne peut s'expliquer que par une haine implacable pour tout ce qui est Français. »

BIBLIOGRAPHIE

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

Application du salicylate de bismuth au traitement de la fièvre typhoïde, par le Dr Henri DESPLATS.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

24 Novembre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 47

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Vulpian* présente, au nom de M. *Bochefontaine*, une note de laquelle il résulte que les ouvriers qui travaillent le cuivre ne sont pas plus préservés que les autres personnes, dans les épidémies de choléra, de variole et de fièvre typhoïde.

M. *Sandras* lit un travail dans lequel il propose de traiter les maladies des voies respiratoires par des inspirations ou des inhalations médicamenteuses et antimicrobiques. Il s'agit de faire aspirer aux malades de l'air ayant traversé un mélange d'essence de térébenthine et de goudron, placé dans un *biberon* muni de deux tubes.

Le biberon constitue encore, dans ce procédé, le côté le plus original, sinon le plus flatteur pour le malade.

Puisque l'Académie ne nous fournit que peu de matières, cette semaine, nous en profiterons pour pour faire une courte visite à la Faculté.

Justement, par une rencontre assez intéressante à noter, au point de vue de l'histoire des doctrines, deux des plus brillants professeurs qui ont ouvert leur cours, la semaine dernière, avaient choisi, pour sujet de leur première leçon, le rôle des doctrines parasitaires en médecine.

Avec son esprit toujours fin et mordant, M. *Péter* a pris à partie la comparaison aussi ancienne que peu justifiée, et qui est si fort à la mode aujourd'hui, comparaison qui rapproche et confond les fermentations et les maladies, les altérations physico-chimiques que les ferments font subir à la bière et au vin et les maladies dont les êtres vivants peuvent être atteints. La maladie implique la vie; or les liquides dont il vient d'être question ne vivent pas : ils constituent seulement des dissolutions de principes organiques morts.

Puis passant de la théorie à la pratique, le professeur s'est élevé contre la doctrine de l'hypothermisation qui se propose de soustraire du calorique au fébricitant, sous prétexte que le froid arrête les fermentations.

M. Péter se propose de traiter, cette année, les fièvres, les maladies infectieuses et les maladies virulentes : c'est dire que son cours sera le développement approfondi des idées qu'il a émises d'une façon si vive et si originale à la tribune de l'Académie.

En terminant sa leçon, le professeur a constaté que les doctrines qu'il professe sont en harmonie avec celles de MM. Bouchardat et Béchamp et d'un autre vieux praticien du temps passé, dont on parle encore quelquefois, quoiqu'il soit bien ancien...... Hippocrate!

A cette liste, M. Péter aurait pu ajouter encore son collègue, M. *Jaccoud*, qui, au même moment, soutenait lui aussi les droits de la clinique, étude du malade, en face de ceux de la pathologie, étude des maladies et de la physiologie, études des êtres vivants, mais non malades.

Sans aucun doute, le médecin doit tirer parti des ressources que lui fournissent la pathologie, la physiologie et la chimie, mais la science ne doit point faire tort à l'art. « Ma plus haute ambition serait satisfaite, dit M. Jaccoud, si jamais on pouvait dire de moi : *il enseignait fructueusement*

à connaître et à traiter les malades. » Cette phrase résume parfaitement l'éloquente leçon du maître.

Que faut-il donc penser des théories nouvelles suivant M. Jaccoud ? On va voir qu'il en fait grand cas, mais qu'il tient à garder, en face d'elles, ses droits de clinicien. « Les admirables découvertes « de Pasteur ont fait surgir comme un monde « nouveau à nos regards étonnés ; il se peut faire « pourtant que le clinicien soit amené à délaisser « ou à repousser les notions empruntées aux « théories microbiennes comme inutiles ou dange- « reuses. Loin de nous la pensée de nier aucun de « ces faits, ni la genèse des maladies infectieuses « par les microbes, ni l'atténuation des virus ; « ces découvertes, je les accepte avec gratitude et « les admire......... *Mais, je suis médecin.* Donc « je m'enquiers des applications médicales et ne « les voyant pas clairement, je passe outre, car « les fruits présumés de tant de labeurs parais- « sent encore voilés des ombres de l'avenir. »

Il est impossible de mieux dire : aussi n'insisterons-nous pas davantage, nous rappelant que déjà, dans le courant de la présente année, nous avons eu l'occasion de traiter ces hautes questions à cette même place. Mais il n'était peut-être pas inutile de faire observer à nos lecteurs combien les idées que nous avons alors soutenues gagnent de terrain à l'Académie et à la Faculté, au moins parmi les cliniciens et les hygiénistes.

M. le Dr *Damaschino* est présenté en première ligne par la Faculté pour la chaire de pathologie interne.

Dr J. Geoffroy.

MEDECINE PRATIQUE

LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.

De toutes les lésions des orifices cardiaques, c'est peut-être celle qui a donné lieu aux controverses les plus vives. On a d'abord discuté longtemps les signes physiques qui permettent de la reconnaître; de nos jours, on s'est surtout attaché à en préciser l'étiologie, l'évolution et les conséquences. Nous désirons retracer aujourd'hui les différentes phases de la question, qui présente assurément un grand intérêt pratique.

Voici dans quels termes cette question se pose.

Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche n'est-il qu'un des éléments de la *maladie mitrale*, celle-ci étant constituée par la réunion des symptômes locaux et généraux auxquels donne lieu l'existence d'un rétrécissement de l'orifice et d'une insuffisance de sa valvule? Les signes pourront varier, dans ce cas, suivant que prédominera l'un ou l'autre des facteurs, insuffisance ou rétrécissement, mais il n'y aurait pas de raison pour décrire isolément ce dernier.

N'existe-t-il pas aussi un rétrécissement mitral pur, constituant à lui seul une maladie spéciale par sa symptomatologie, son évolution, ses conséquences, peut-être même par ses causes, méritant, par conséquent, une description particulière ?

Nous acceptons cette seconde manière de voir que nous paraissent justifier de récents travaux.

I

Parmi les lésions de la valvule mitrale, c'est le rétrécissement qui fut connu le premier. Avant qu'on possédât l'auscultation, Corvisart (1811) en désignait comme un signe révélateur un frémissement perceptible à la main « frémissement, disait Laënnec (1819), qui rappelle la sensation que donne le murmure de satisfaction du chat lorsqu'on le caresse. »

Bertin n'admettait encore que le rétrécissement mitral; Bouillaud, après l'avoir admis uniquement, fut entraîné par la théorie physiologique de Rouanet sur les bruits du cœur, à admettre l'insuffisance qui joua bientôt un rôle prépondérant, et lui assigna comme cause la plus fréquente, ainsi qu'à toute lésion mitrale, l'endocardite rhumatismale (1834).

L'attention fut de nouveau appelée sur le rétrécissement mitral en 1843 par le mémoire de Fauvel sur le bruit présystolique ; c'est l'époque des discussions ardentes et subtiles sur la nature des signes d'auscultation qui en permettent le diagnostic; mais, dès lors, et jusqu'à ces dernières années, tout en décrivant les signes propres au rétrécissement, les auteurs classiques s'empressent d'ajouter qu'il n'existe guère à l'état isolé, et ne constitue qu'une étape ou qu'une nuance de la maladie mitrale.

C'est en 1877 que M. Durosiez, bien connu par ses persévérantes recherches sur les affections cardiaques, et notamment sur le rhythme propre au rétrécissement mitral, s'est efforcé d'établir l'autonomie de cette affection. Les thèses de Marshall (1879) et de Marien (1880) viennent à l'appui de cette opinion, qui est exposée par M. Dreyfus-Brisac avec la netteté propre à cet écrivain, dans une revue de la *Gazette hebdomadaire* (1882) et corroborée par l'expérience clinique de M. le professeur A. Fabre (de Marseille), — *Gazette des hôpitaux*, 1881.

Ces détails historiques et bibliographiques donnés pour éviter de trop longues recherches à ceux de nos lecteurs que la question intéresserait particulièrement, nous allons insister sur les trois points suivants :

1° Il existe des conditions étiologiques propres au rétrécissement mitral.

2° C'est une affection souvent latente, pourtant on peut la diagnostiquer, car elle a des symptômes propres.

3° Il est important de faire ce diagnostic, parce que l'affection a des conséquences particulières, qu'une hygiène bien entendue peut, dans une certaine mesure, éviter ou retarder.

II

Quelques NOTIONS ÉTIOLOGIQUES très nettes ressortent des statistiques.

Le rétrécissement mitral s'observe surtout *chez la femme*. — Durosiez avait trouvé la proportion 46 femmes pour 15 hommes ; Landouzy sur 100 cas a relevé 85 femmes pour 15 hommes (thèse de Marshall), et, comme moyenne proportionnelle, issue de l'ensemble des statistiques, les chiffres admis par Dreyfus-Brisac sont 70 pour 100 de femmes, 30 pour 100 d'hommes.

En outre, il s'observe surtout chez la femme *jeune*, — caractère commun à toutes les lésions mitrales opposé à celui des lésions aortiques qui frappent surtout les sujets ayant passé la maturité. Il semble que, dansbeaucoup de cas, le rétrécissement mitral débute même dans l'enfance, et, comme nous le montrerons plus loin, soit susceptible de demeurer latent pendant longtemps. Nous allons voir même que certains observateurs vont jusqu'à admettre l'origine *congénitale* de l'affection, dans certains cas du moins.

Quant à la PATHOGÉNIE du rétrécissement mitral, elle a soulevé plusieurs explications :

La plus ancienne est celle qui invoque l'influence des localisations du rhumatisme sur l'endocarde ; elle s'applique sans difficulté à tous les malades dans les antécédents desquels on peut relever une attaque de rhumatisme articulaire ou même quelques-unes de ces affections que nous savons liées à la diathèse rhumatismale par d'étroites connexions, la chorée en première ligne ou même certaines formes larvées de l'arthritisme, telles que le torticolis, ou les congestions pulmonaires à poussées fréquentes. Mais il faut reconnaître que, si Durosiez a trouvé des antécédents rhumatismaux dans la moitié des cas, Duckworth dans les deux tiers, — Grisolle Hilton, Fagge, Landouzy et Marshall ont admis, en l'absence de tout antécédent arthritique, que le rétrécissement mitral se développe sourdement et graduellement, sans qu'on puisse lui assigner bien souvent de point de départ. On pourrait, il est vrai, comme Fabre, interpréter ces cas comme des faits de localisation primitive du rhumatisme sur l'endocarde.

« Beaucoup de rhumatismes chez la femme, dit en effet cet auteur, commencent par l'endocarde ou, pour mieux préciser, par la mitrale et s'arrêtent à ce premier effet bien longtemps avant d'en produire d'autres. Il semble que le rhumatisme, après avoir pris possession de l'organisme en plantant, pour ainsi dire, son drapeau dans le cœur, ne cherche pas de longtemps à exploiter sa conquête. »

On a encore considéré le rétrécissement mitral comme l'effet lentement amené d'une endocardite infectieuse, qui aurait accompagné une des pyrexies éruptives de l'enfance, ou même une dothiénentérie.

Mais deux autres hypothèses ont été émises relativement à la pathogénie.

L'une cherche la raison du trouble apporté au fonctionnement de la mitrale dans l'accomplissement des fonctions propres à la femme, menstruation, grossesse. C'est pour expliquer les cas où toute influence rhumatismale fait défaut que M. Fabre a dit : « Beaucoup des femmes observées par moi avaient des troubles menstruels. Les relations entre le cœur et le système génital sont, au point de vue des troubles fonctionnels, extrêmement intimes, et, quand je pense aux palpitations cardiaques qui ont une origine génitale, je ne suis pas éloigné de croire qu'il peut y avoir aussi quelques relations entre les troubles menstruels et certaines endocardites. » Nous avouons que cette hypothèse nous séduit peu pour expliquer la genèse d'une lésion anatomique permanente, telle que le rétrécissement mitral. On comprend encore la production d'une insuffisance vulvaire fonctionnelle, ou d'un spasme orificiel temporaire par une action réflexe quelconque, mais non la sténose définitive et fatale du canal auriculo-ventriculaire gauche, qui constitue l'affection dont nous parlons. En revanche, nous ne répugnons pas à admettre que le rétrécissement anatomiquement constitué déjà, mais demeuré latent, peut être aggravé à un moment donné par l'intervention d'une grossesse ou de troubles menstruels et donner lieu alors à des signes généraux et locaux qui ne permettent plus d'en méconnaître l'existence.

Enfin, se fondant sur un fait anatomique mis en lumière par Bizot, l'étroitesse normalement plus marquée de l'orifice mitral chez la femme, Marshall se demande si l'exagération de la pression sanguine qui en résulte ne rendrait pas ce point le lieu d'élection des processus inflammatoires ou dégénératifs. M. Dreyfus-Brisac rapproche ingénieusement cette manière de voir de la théorie de la chlorose, telle que Wirchow l'a édifiée sur la sténose fréquente dans le sexe féminin de l'origine de l'aorte ; comme le rétrécissement mitral, avec lequel elle offre certains caractères communs, la chlorose, en partie congénitale, dans cette hypothèse, demeurerait latente jusqu'à ce que la puberté vienne l'accroître.

Mais c'est assez s'arrêter sur des hypothèses et des théories. Retenons seulement, au point de vue pratique, que le rétrécissement mitral est d'une incontestable fréquence chez la femme jeune, et que l'absence d'antécédents rhumatismaux n'est pas une raison suffisante pour nous détourner de l'examen du cœur.

III

Comment peut-on reconnaître l'existence d'un rétrécissement mitral ? — Les signes généraux

propres aux affections mitrales confirmées manquent pendant très longtemps; c'est le point sur lequel ont insisté les récents observateurs, point qui, dans une certaine mesure, est en désaccord avec les enseignements classiques.

Si nous ouvrons le magnifique article consacré par MM. Potain et Rendu aux maladies du cœur, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, nous lisons : « Le rétrécissement mitral se trahit de bonne heure par des symptômes fonctionnels variés, qui, sans être pathognomoniques, empruntent à la nature de la lésion un caractère spécial. » Ces auteurs signalent, en première ligne, *l'état congestif habituel du poumon et des bronches*, « conséquence naturelle de la difficulté avec laquelle le sang des veines pulmonaires arrive dans l'oreillette gauche. » Cette hyperémie habituelle se traduit par une hypersécrétion bronchique, l'essoufflement au moindre effort, les accès d'une toux quinteuse, sèche ou suivie d'une expectoration parfois striée de sang; il s'y ajoute à certains moments, sous l'influence des causes occasionnelles telles que l'époque menstruelle ou un changement atmosphérique, les signes de poussées congestives brusques et intenses allant jusqu'à l'*hémoptysie*, et, caractère important, hémoptysie souvent suivie d'un réel soulagement pour la malade, qui sent disparaître aussitôt la sensation d'oppression et d'angoisse thoracique.

On signale encore chez les malades atteints de rétrécissement mitral un *facies coloré*, les pommettes étant le siège d'une rougeur habituelle due à la distension des capillaires cutanés, une tendance au refroidissement périphérique, l'engourdissement des doigts et la coloration bleuâtre des ongles sous l'influence d'une température même modérément froide.

M. Durosiez insiste aussi sur l'abondance et la fréquence des épistaxis et sur les palpitations. Il a vu chez les malades atteints de rétrécissement mitral une pâleur remarquable.

Si le tableau que nous venons de faire est vrai dans le plus grand nombre de cas, il faut savoir aussi que les troubles circulatoires peuvent être dans certains cas assez légers, assez fugaces, pour demeurer inaperçus ou être interprétés dans un sens bien différent de leur signification réelle.

« Chez une jeune fille, au début de la période sexuelle, les règles disparaissent pendant quelques mois ou éprouvent de longs retards; la malade pâlit, prend le facies chlorotique, s'essouffle facilement, s'enrhume au moindre changement de température, se plaint d'une expectoration assez abondante; lorsqu'à ces symptômes s'ajoutent des hémoptysies, on pense nécessairement à un début de tuberculose. Comme l'auscultation révèle, du côté du poumon, l'existence de petits foyers de râles fins, cette hypothèse semble acquérir un haut degré de vraisemblance, d'autant plus que l'examen physique du cœur reste à peu près négatif, et que l'on peut mettre sur le compte de troubles purement fonctionnels, relevant d'un certain degré de nervosisme, des signes stéthoscopiques peu accusés. Ainsi est constituée, suivant l'expression de M. G. Sée, une affection cardiaque larvée à forme dyspnéique ou hémoptoïque, et cette jeune fille, chez qui d'ailleurs les phénomènes généraux des affections cardiaques font presque tous défaut, pourra être traitée comme tuberculeuse pendant des années. » (Dreyfus-Brisac).

Il serait possible pourtant, d'après M. Fabre, d'arriver à diagnostiquer le *rétrécissement mitral latent* des jeunes filles, avant que soit constitué l'ensemble des signes stéthoscopiques si caractéristiques qui ne permettent plus de le méconnaître à un certain moment de son évolution. M. Fabre insiste d'abord sur la *fréquence du pouls*, qui ne serait habituellement pas inférieur à 100 pulsations, qui contraste avec l'apyrexie complète, et qui s'explique par la nécessité pour le cœur de suppléer par des contractions plus nombreuses au petit volume des ondées sanguines chassées de l'oreillette gauche dans le ventricule et les artères.

Il faut encore ausculter non pas la pointe du cœur, mais vers l'aisselle, immédiatement en arrière du sein. On pourra constater alors que le premier bruit est à la fois plus sourd et plus prolongé qu'à l'état normal; plus tard, le second bruit deviendra par contre plus éclatant, et, par suite du prolongement de plus en plus marqué du premier bruit, le grand silence se trouve presque supprimé, au point que la distinction des temps du cœur deviendrait difficile, si l'on n'avait pas la précaution d'ausculter en tenant le pouls radial. Le caractère éclatant du deuxième bruit est pour M. Fabre le signe de la dilatation de l'oreillette gauche, quand on le constate au dessus et en dehors du mamelon.

Pour peu que le rétrécissement soit très marqué, et les parois du canal mitral rugueuses, le premier bruit ne paraîtra pas seulement prolongé, mais il sera précédé immédiatement d'un roulement sourd et rude, qui donne, ainsi qu'on l'a dit avec justesse, plutôt une sensation tactile qu'auditive; aussi, la main placée sur la pointe du cœur perçoit-elle, dans ces cas, un frémissement vibratoire qui précède la systole, se renforce de plus en plus pour cesser brusquement lorsque la systole se produit.

Lorsque le bruit présystolique commence aussitôt après la cessation du second bruit normal, il constitue le souffle diastolique à timbre grave et ronflant qui efface le grand silence, et qui a été donné par les premiers observateurs comme le signe du rétrécissement mitral, mais qui est loin d'être constant.

Ce souffle diastolique s'observe moins souvent que le souffle naissant à la fin du grand silence, dans cette dernière partie de la diastole habituellement appelée présystole. Ce souffle présystolique (Gendrin), bref et rude, est un bon signe de rétrécissement mitral.

Un dernier signe d'auscultation, auquel il convient d'attribuer une grande valeur à cause de sa fréquence, ainsi que l'a fait observer Bouillaud, c'est le dédoublement du deuxième bruit, résultant du défaut de synchronisme entre le claquement des valvules sigmoïdes aortiques et pulmonaires

par suite du retard qu'éprouve la circulation du sang dans le cœur gauche.

Ainsi, pour résumer, dans les cas où se trouve au complet le SYNDROME STÉTHOSCOPIQUE du rétrécissement mitral, on est appelé à constater : à la pointe du cœur à la palpation, un *frémissement cataire* ou *thrill présystolique*; par l'auscultation, un *souffle diastolique* à timbre rude et ronflant auquel succède un *roulement présystolique*, suivi lui-même du premier bruit normal, et, après le petit silence, un *dédoublement du deuxième bruit*.

IV

A un moment donné de son évolution, le rétrécissement mitral le plus bénin en apparence, puisqu'il n'avait révélé son existence par aucun trouble fonctionnel sérieux, peut devenir le point de départ de plusieurs ACCIDENTS d'une haute gravité.

L'équilibre qui s'était établi et se maintenait stable entre l'obstacle orificiel et l'énergie compensative du muscle cardiaque, notamment de l'oreillette gauche, cet équilibre peut être rompu sous l'influence de la *grossesse*, et l'on voit survenir les phénomènes du *cœur forcé*, de l'asystolie. Nous ne pouvons résister au plaisir de citer le tableau à la fois spirituel et instructif de la façon dont les choses se passent bien souvent, tel que l'a tracé M. Fabre.

« Le cœur des jeunes filles est très tolérant; la malade ne se doute pas de la lésion qu'elle porte, et son médecin encore moins. Vient ensuite un peu de fatigue du cœur : un effort, une course rapide, une émotion éveille des palpitations et produit de l'essoufflement; quelle est la jeune fille dont, à un moment ou à un autre, pour une raison ou pour un prétexte, le cœur ne bat pas trop fort ? On dit que c'est nerveux ou que c'est anémique, on donne des antispasmodiques ou du fer. Les palpitations et les essoufflements persistent, on donne encore du fer ou des antispasmodiques jusqu'à ce que la malade n'en veuille plus ou qu'on dise autour d'elle : «C'est nerveux, il n'y a rien à faire, » ou que, se soumettant instinctivement à un repos forcé, la malade en éprouve un bien-être qui peutêtre un assez long répit.

Puis vient la période critique : l'amour parle, on aime ou on se marie. — Si le mariage peut satisfaire des cœurs amoureux, il ne guérit pas des cœurs malades; il n'est pas un remède pour le rétrécissement mitral des jeunes filles, et surtout ce qui n'est pas un remède ici, c'est la grossesse.

Sous l'influence de la grossesse, le malaise cardiaque augmente, les palpitations deviennent plus fréquentes et plus fortes, la dyspnée les accompagne, un œdème précoce apparait aux aux membres inférieurs. La grossesse aura donné à la maladie du cœur une impulsion nouvelle, et cette affection, jusqu'alors latente, suivra désormais la marche ordinaire des maladies déclarées du cœur, non pas cependant sans avoir permis un, deux et même trois accouchements heureux. Célibataire, cette femme aurait vécu de longues années; mariée, elle mourra jeune, et d'autant plus jeune qu'elle aura eu de plus nombreux enfants.... Qu'on sache donc qu'une jeune fille a, malgré toutes les apparences de la santé, le cœur atteint d'une lésion mitrale, on lui prêchera le célibat; on évitera ainsi ce triple malheur, presque inévitable au bout de quelques années : une femme morte, un homme veuf et des enfants orphelins. »

Lorsque le rétrécissement mitral n'aboutit pas au cœur forcé, à l'asystolie, il peut déterminer à l'improviste un accident des plus émouvants, une *embolie*. Un sujet qu'on croyait en pleine santé, indemne de syphilis, et dont la jeunesse excluait l'idée d'une lésion athéromateuse des artères cérébrales, devient subitement hémiplégique du côté droit et aphasique. C'est qu'une végétation s'est détachée brusquement de la valvule mitrale et est allée se loger dans l'artère sylvienne gauche; on ausculte le cœur et on y trouve les signes d'un rétrécissement mitral qu'on n'avait jamais soupçonné. Dans d'autres cas où l'existence du rétrécissement mitral était connu, si on ausculte à nouveau le cœur après la production de l'embolie, on peut constater que les signes de l'insuffisance mitrale ont succédé à ceux du rétrécissement, et le roulement présystolique aura fait place à un souffle franchement systolique de la pointe. Nous avons, pour notre part, relevé deux cas de ce genre.

En résumé, nous croyons que *l'existence du* rétrécissement mitral pur, indépendant de l'insuffisance mitrale, est non seulement incontestable, mais beaucoup plus fréquente que ne l'ont indiqué les auteurs classiques.

La cause n'est pas toujours une endocardite rhumatismale, bien que les véritables conditions pathogéniques soit encore mal connues.

Le rétrécissement mitral peut demeurer très longtemps latent, et cependant comme il est très important de le dépister, on doit toujours le chercher chez les jeunes filles qui présentent de l'essoufflement, des palpitations ou une tendance à la congestion broncho pulmonaire.

Les troubles gravido-cardiaques aggravent notablement le pronostic du rétrécissement mitral, qui commande inpérieusement le repos, la sédentarité, le célibat.

Les phénomènes d'embolie cérébrale ne viennent que trop souvent accidenter la marche du rétrécissement mitral vers sa terminaison naturelle, l'asystolie, qui peut être considérablement retardée par une hygiène bien comprise.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

SERVICE DES NOURRICES.

A M. le Dr Simon, Quarré-les-Tombes (Yonne).

Très honoré confrère,

Vous avez publié, dans le numéro du 28 avril 1883 de ce journal, un article intitulé : *Des nourrices sur lieu et des nourrissons à la campagne*, que j'ai lu avec d'autant plus de plaisir qu'il traite une question qui m'intéresse tout particulièrement, et dont je me suis beaucoup occupé.

Je suis absolument de votre avis quand vous demandez que nous nous adressions aux médecins de province, et surtout à ceux chargés de l'inspection des enfants, pour nous procurer des nourrices sur lieu ou à la campagne, dont nous, médecins des villes, avons journellement besoin.

Je suis encore de votre avis quand vous dites que le médecin, quelque compétence qu'il ait, quelque soin qu'il apporte à l'examen de la nourrice, ne pourra jamais savoir si celle-ci a suffisamment de lait, et surtout si elle ne présente aucune affection constitutionnelle, etc., etc. Tandis que vous, médecins de province, vous connaissez toutes ces femmes, vous les soignez journellement, vous les avez accouchées, quelquefois mises au monde, vous savez quelles maladies elles ont faites, quels sont leurs antécédents, etc., etc., et par conséquent, vous êtes dans les meilleures conditions pour juger si elles peuvent faire une bonne nourrice.

Il suffit de se reporter à la discussion qui eut lieu au Congrès des Sociétés protectrices de l'enfance, en 1876, à laquelle j'ai pris part avec mes honorables confrères les Drs J. Bergeron, Monot de Montsauche, Bessières d'Egreville, Crégny, Brochard, etc., etc., pour voir que je ne puis être taxé de partialité vis-à-vis des bureaux de nourrices, et cependant je suis obligé de me séparer de vous quand vous en demandez la suppression.

Comme la prostitution, les bureaux sont un mal nécessaire.

Nous autres, médecins des villes, nous sommes, mieux que vous, placés pour juger cette question, et je vous demande la permission de vous citer quelques exemples à l'appui de ma manière de voir.

Dernièrement se présente à ma consultation une de mes clientes qui vient, toute éplorée, me supplier de lui procurer de suite une nourrice, la sienne ayant, sans motif aucun, jugé bon de partir dès l'aube, sans même donner à téter à l'enfant.

Qu'avais-je à faire dans ce cas urgent? Avais-je le temps de télégraphier à un de mes confrères de province de m'envoyer une nourrice? Il fallait le temps matériel pour que cette dépêche arrivât, pour rechercher un sujet, me l'expédier et qu'il vînt à Paris. Evidemment ceci aurait, toutes diligences faites, pris beaucoup de temps, et l'enfant aurait souffert.

Je n'avais qu'un parti à prendre, aller dans un bureau, et choisir une nourrice, ce que je fis.

Autre exemple : j'arrive un soir à six heures chez une dame accouchée par moi la veille. Elle me déclare qu'elle souffre trop de crevasses au sein quand l'enfant tette, se refuse à continuer l'allaitement, et me met en demeure de lui trouver une nourrice. Quelle autre ressource, dans cette circonstance, avais-je? le bureau.

Enfin, il arrive fréquemment qu'une nourrice qui avait des quantités de lait dans son pays, le voit se tarir deux ou trois jours après son entrée en place. Si le lait ne revient pas, ce qui se produit souvent, il faut la changer de suite : dans ce cas encore, on est obligé d'avoir recours aux bureaux.

Vous proposez, très honoré confrère, de s'adresser aux médecins de province pour se procurer des nourrices. Il y a plus de dix ans que je ne fais pas autrement. Je l'ai pratiqué sur une grande échelle durant les huit années pendant lesquelles j'ai été secrétaire général de la Société protectrice de l'enfance de Paris. J'avais eu alors recours à nos sept cents médecins inspecteurs. J'avais, vous le savez, puisque vous en faisiez partie, fait imprimer des questionnaires contenant tous les renseignements désirables, et grâce à ces feuilles que chacun de vous me retournait remplies, je pouvais offrir, tant à mes confrères qu'aux membres de la Société, d'excellentes nourrices.

Le placement direct, tel que je le pratique depuis bien des années, a d'immenses avantages que j'ai énumérés plus haut, cependant certaines mères tout en les reconnaissant, désirent voir préalablement les nourrices ; elles veulent juger par elles-mêmes de leur physique, nous disant sans ambages, que la nourrice devant journellement sortir avec elles, elles ne veulent pas d'une fille qui serait par trop laide.

A moins de faire envoyer la photographie du sujet, ce qui, vous l'avouerez, est peu pratique, il faut encore en ce cas avoir recours aux bureaux.

Le tableau que vous avez tracé des inconvénients des bureaux de nourrices est par trop noirci, et contient quelques erreurs qu'il me serait facile de rectifier, en prenant votre article paragraphe par paragraphe.

Je suis tout prêt à le faire, si vous le désirez, mais je crains que cela intéresse peu nos lecteurs.

En écrivant votre article, vous n'avez oublié qu'une chose, qui rend absolument impossible l'exécution de ce que vous proposez : c'est tout simplement, l'article 11 de la loi du 24 décembre 1874, ainsi conçu :

« Nul ne peut ouvrir ou diriger un bureau de nourrices, *ou exercer la profession d'intermédiaire* pour le placement des nourrices en sevrage ou en garde, et le louage des nourrices, sans en avoir obtenu l'autorisation préalable du Préfet de Police dans le département de la Seine, ou du préfet dans les autres départements. »

Or, en adoptant votre système, chaque médecin inspecteur devrait se munir d'une autorisation préfectorale; ce qui est impraticable.

Impraticable aussi votre proposition de faire déposer par avance entre les mains du médecin inspecteur les mois de nourrices de l'enfant. Ce serait rabaisser le niveau professionnel, et le public qui n'en verrait pas les avantages, ne manquerait pas de dire que les meneurs prennent moins cher que vous et au moins portent les paquets.

J'admets donc, avec vous, le placement direct d'une nourrice, par l'intermédiaire de deux confrères, ainsi que vous le proposez, et que je le pratique depuis bien des années, car ici la préfecture n'a rien à voir, le placement étant absolument gratuit et assimilé au placement par connaissance; mais je prétends qu'un bureau est absolument indispensable pour les cas urgents du genre de ceux dont je vous ai donné des exemples plus haut ; je voudrais que ce bureau fût un bureau *modèle*, placé sous la surveillance d'une commission spéciale. Vous trouverez dans le *Concours médical* de cette année, (je crois), un article dans lequel je proposais de créer un bureau, sous le patronage du *Concours médical.* Toutes les nourrices seraient procurées par les médecins de province, membres du *Concours*. Un bureau créé dans de semblables conditions aurait en peu de temps presque toute la clientèle, et elle est énorme, car le chiffre des nourrices placées à Paris seulement, dépasse 10,000 par an.

J'aurais encore une quantité de choses à dire sur ce sujet si intéressant, mais je crains que cette lettre ne soit déjà trop longue.

Il va sans dire que je serai très heureux si d'autres confrères veulent bien prendre part à cette discussion et nous donner leur avis.

Agréez, etc. Dr L. Duchesne,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

La question toujours brûlante des Ecoles de Médecine Navale, nous vaut une petite brochure très remarquable de M. le Dr Nicolas. Personne, plus que lui, n'était autorisé à traiter ce sujet: Ses longs services dans le Corps de santé de la flotte et sa grande notoriété sont des garanties certaines de compétence, de talent et d'impartialité. Voici, en substance, ce qu'il propose:

Plus d'assimilation et cadres ainsi composés:

1° Aides-majors	50	à	2.070 fr. (1).
2° Médecins-majors de 3e cl.	140	à	3.848 —
3° — — de 2e cl.	150	à	6.328 —
4° — — de 1re cl.	150	à	9.151 —
5° Médecins princ. de 2e cl.	56	à	11.316 —
6° — — de 1re cl.	24	à	13.224 —
7° Directeurs	6	à	15,821 —
8° Inspecteur-général	1	à	19.800 —

L'instruction préparatoire est donnée dans les trois écoles. Après une période à déterminer vient un premier concours pour le grade d'aide-médecin; puis envoi de ceux qui sont nommés dans une Faculté. Ils en reviennent au bout de deux ans docteurs et médecins-majors de troisième classe. Les médecins-majors de toute classe, peuvent, au bout de trois ans de grade, concourir pour être médecins principaux. Ils passent d'une classe à l'autre à l'ancienneté: les médecins principaux n'avancent plus qu'au choix.

(1) Ou aides-médecins.

Sauf quelques détails faciles à régler au point de vue des relations militaires, ce système serait simple, pratique et concilierait presque tous les intérêts. M. Nicolas est pour le maintien des trois écoles, et prendrait probablement les professeurs parmi les médecins principaux : il ne nous paraît pas assez précis à cet égard. Quant à l'enseignement donné dans ces écoles, l'auteur de ce projet dit, avec raison, que, de son temps, il était solide et suffisant : les noms que M. Nicolas ne cite pas, mais laisse deviner, en sont la meilleure preuve. Il aurait le droit de dire tels maîtres, tel élève; la modestie l'en a empêché.

Cependant, si un professeur distingué enseigne à Brest, le même cours aura-t-il la même valeur à Toulon ou à Rochefort? Cette objection est sérieuse pour des écoles instituées, avant tout, dans un but de recrutement régional, et dans lesquelles les élèves sont à peu près forcés de rester.

Nous croyons que, les bons professeurs étant rares, même dans la marine, il serait bon, lorsqu'on en a, de faire profiter de leur enseignement tous les élèves; ceux-ci ne sont pas trop nombreux, du reste. La multiplicité des écoles avait sa raison d'être au temps des communications difficiles; elle n'est plus nécessaire aujourd'hui. Sauf ce point, nous nous rallions entièrement au projet de notre confrère.

Son côté vraiment scabreux, et M. Nicolas ne se le dissimule pas, est l'augmentation des soldes. On est trop habitué, en France, dans les régions gouvernementales, à avoir les médecins pour rien. Songez-donc, payer relativement plus cher ceux qui raccommodent les gens, que ceux qui les cassent ! Il faudra pourtant en venir là, et alors ceux des grands chefs de la médecine navale, qui voudront se livrer à l'exploitation des papiers médicinaux, n'auront plus même l'excuse de la pauvreté. Pour finir, nous dirons avec l'auteur de la brochure, en parlant de nos camarades de la flotte; « sous peine de n'en pas trouver, il ne faut pas leur marchander l'argent, puisque vous n'avez pas d'autre moyen de payer leurs services. » Dr Fischer.

III

Syndicat. — Caisse des pensions — Officiat.

Honoré confrère, et cher directeur.

Bien qu'appartenant au *Concours Médical* depuis plusieurs années, voici la première fois que j'entre en correspondance avec son fondateur. Ni le temps, ni l'occasion de vous écrire ne m'ont

manqué pourtant; mais tout ce que j'aurais pu vous dire, critiques ou éloges, était si bien dit et redit par des confrères plus osés, plus pressés, plus primesautiers que moi, que, pour ne pas arriver trop tard, je ne me mettais pas en route.

Et puis, un peu de lassitude morale; pas de l'indifférence, oh non! Voici plus de trente ans que j'offre alliance et amitié à tous les confrères que je rencontre sur ma route, et ma foi!....

Mais ce n'est pas pour vous conter mes déboires et mes désillusions, cher directeur, que j'ai rompu le silence. Je veux d'abord serrer votre main. Cette étreinte sincère et cordiale résume tous les remerciements, toute la reconnaissance que j'entasse en mon cœur à l'intention du généreux et désintéressé fondateur de l'œuvre la mieux faite pour réaliser ce que j'avais fini par regarder comme des utopies de jeunesse.

Parmi toutes les excellentes choses issues du *Concours*, deux surtout me semblent considérables : ce sont les *syndicats* et les *pensions de droit*. Quand vous aurez mené à bien ces deux institutions cardinales, qui contiennent en germe tous les perfectionnements, tous les embellissements, toutes les fortifications de notre profession, vous pourrez, cher directeur, vous reposer, vous aurez fait œuvre durable.

Quoique silencieux, j'ai accompli tous mes devoirs de membre du *Concours* ; je voudrais bien n'être pas trop vieux pour en ressentir les bienfaits.

J'ai adhéré aux Syndicats ; je viens vous apporter mon adhésion au principe des pensions de droit, suivant le système belge.

L'association générale, dont je fais aussi partie, (partout où j'ai cru voir la vraie confraternité je suis allé!) nous tend la main, quand nous l'implorons, le plus tard possible, en baissant le front.

Les pensions de droit nous permettront de marcher toujours la tête levée.

Que de compromissions, que de lâches concessions, que de faiblesses elles éviteront !

Quelle que soit la somme qu'on m'impose, je la donnerai; elle sera évidemment moins forte que celle exigée par les Compagnies d'Assurances.

Nous serons très nombreux : Combien arrivés, comme moi, aux deux tiers de leur carrière et qui ne pensent pas sans terreur à la sixième dizaine, vont faire comme moi, et vous crier : poussez ferme à la roue, mon cher directeur.

Je ne veux pas terminer cette lettre déjà bien longue, sans m'élever contre la complaisance avec laquelle les docteurs étalent les maladresses de certains officiers de santé ; vous êtes orfèvre, allez-vous me dire.

Croyez-vous qu'il n'y a pas de bonnes histoires où les docteurs jouent le plus triste et le plus ridicule rôle ? Depuis trente ans que je les fréquente, j'ai pu rassembler un dossier où j'aurais trouvé le pendant de l'officier de santé qui coupe le bras du fœtus paraissant à la vulve. Je me suis tu par dignité pour la corporation en général.

Notre journal n'est pas seulement lu par des membres do la famille médicale. C'est ce qu'oublient ceux qui croient augmenter leur prestige en déversant le ridicule et le mépris sur des confrères mal doués. Peut-être qu'ils ne l'oublient pas; au contraire.

Je ne crois pas me tromper en affirmant que le confrère qui conte si agréablement les écarts des officiers de santé est un *Jeune* docteur.

Pour moi, j'affirme que, dans ma vie, j'ai vu plus d'une fois l'honneur de la profession sauvegardé par un officier de santé, quand des confrères plus gradés le salissaient au cabaret ou ailleurs.

Mais là n'est pas la question. Je suis partisan de la suppression de ce grade bâtard, dont j'ai du me contenter pour des raisons particulières, malgré mes diplômes de bachelier. Mais ce qui est juste et digne, c'est que nous fassions comme les prêtres, c'est que nous nous soutenions. Le public, voilà l'ennemi. Que jamais son nez ne pénètre dans nos affaires.

Il est de toute justice qu'après vous avoir fait subir cette douche de prose, mon cher directeur, vous puissiez vous faire une idée de celui qui vous l'a appliquée, je joins à ces lignes ma photographie : je me souviens que vous avez un album qui doit nous réunir tous.

Si vous aviez un album pour rassembler tous les témoignages de reconnaissance et d'estime que vous avez reçus, je suis sûr que ce serait un in-folio. Je regretterais que ma signature ne fût pas sur ce livre d'honneur, aussi je vous l'envoie pour qu'elle affirme que je suis votre bien cordial

MENUT,
Médecin à *Vernoil-le-Fourrier.*

RÉPONSE :

Cher confrère, votre lettre nous est trop précieuse pour que, malgré l'affectueuse exagération de ses termes, il nous soit permis de ne pas la communiquer à nos lecteurs. Nous avons de nombreuses raisons pour vous prier de ne plus revenir à votre trop long silence. Vous représentez l'*officiat* d'une telle façon que nous serions heureux de vous voir son porte-parole au *Concours*.

Acceptez cette tâche. La façon dont vous dites les choses nous permet d'être certain, par avance, que, comme nous, tous les membres du *Concours* seront heureux de vos communications. Vous ne direz rien pour la galerie, tout au contraire, vous n'aurez en vue que le bien de la profession dont vous êtes un représentant si distingué.

Quelques correspondants nous ont fait un grief d'avoir publié la lettre Bertin ; nous avons donné les motifs de cette publication.

Que le fait soit plus ou moins exact, peu importe. Nous n'avons considéré que le propos attribué à M. V. « C'est ainsi que je procède toujours. »

Qu'on soit officier de santé ou docteur en médecine ; serait-on professeur de toutes les facultés de l'ancien ou du nouveau monde, on ne peut ériger en méthode une telle pratique.

Les médecins, quel que soit leur titre, commettent des erreurs, ils s'honorent en les reconnaissant et en s'efforçant de les éviter.

Ces considérations, est-il besoin de le dire, sont

superflues pour vous, cher confrère. Vous nous savez incapable de rechercher des occasions de désunion, puisque vous voulez bien reconnaître que nous nous sommes voué à la recherche de tout ce qui peut établir notre concorde sur les plus solides bases. A. C.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De la délivrance dans les accouchements à terme.

Dans un très intéressant travail publié dans notre dernier numéro, notre distingué collaborateur, Paul Gerne, a étudié les accidents qni peuv nt compliquer la délivrance, dans les accouchements prématurés; mais, après les accouchements à terme, la délivrance fait aussi trop souvent courir à l'accouchée des dangers très sérieux, et présente à l'accoucheur des difficultés qu'il ne pent surmonter qu'à force de prudence et de sang-froid. C'est cependant la période de l'accouchement sur laquelle les traités classiques insistent le moins. C'est donc une bonne fortune pour nous que ce sujet ait été choisi pour les épreuves du dernier concours de l'agrégation, et qu'il soit échu à M. Ribemont qui a su lui donner tous les développements utiles qu'il comportait.

Cette importante question est étudiée d'une façon si pratique et si nette dans la thèse du savant accoucheur de l'hôpital Tenon, que nous croyons nécessaire de faire ici l'analyse succincte de ce travail, renvoyant, pour les détails, le lecteur à la thèse elle-même de M. Ribemont (1).

Et, d'abord, rendons-nous compte du *mécanisme de la délivrance*. Il se décompose en TROIS TEMPS bien distincts :

Dans le *premier temps*, le placenta est détaché, *décollé* de la face interne de l'utérus.

Dans le *second*, il est *poussé* de la cavité utérine dans la cavité vaginale, entraînant avec lui les membranes.

Dans le *troisième*, enfin, il est expulsé au dehors.

I. — Comment le décollement du placenta se produit-il?

C'est surtout la *rétraction du tissu utérin* et, par suite, la diminution de surface de la paroi utérine, qui amène la rupture des adhérences qui unissaient la couche superficielle et la couche profonde de la caduque placentaire. — Quant aux contractions intermittentes ou douloureuses, que l'on voit survenir plus ou moins longtemps après l'accouchement, elles indiquent le plus souvent, d'après Jacquemier et Pajot, dont M. Ribemont partage entièrement la manière de voir, que le placenta est détaché, et que l'utérus cherche à s'en débarrasser en l'expulsant à travers le col.

De cette théorie, ressort immédiatement un premier enseignement pratique fort important. Si l'on admet, en effet, que c'est plutôt la rétraction de l'utérus que sa contraction qui agit dans la délivrance, on est bien forcé d'accepter, comme conclusion de ce principe, que le décollement sera d'autant plus rapide et plus complet que le placenta aura un volume moindre, et permettra ainsi à la rétraction utérine de réduire davantage la surface d'insertion placentaire. Dès lors, il faut, avec M. Ribemont, remettre en vigueur le précepte de Smellie, Baudelocque et Capuron, qui recommandaient de ne porter sur le cordon qu'*une seule ligature*, du côté du fœtus, et de laisser, au contraire, le sang s'écouler librement par le bout placentaire du cordon. Le sang qui s'écoule ainsi rend la délivrance plus facile, en diminuant le volume du placenta.

II. — La rétraction et les contractions de la matrice poussent le placenta décollé jusqu'au niveau de l'orifice interne dn col, lequel, après l'accouchement, était revenu sur lui-même : *la présence de ce corps étranger irrite le col*; c'est alors que des contractions énergiques chassent le délivre à travers l'orifice interne. — Pour ce second temps, il nous paraît indiscutable que, comme M. Budin l'a démontré il y a déjà quelques années, « le placenta qni est moins volumineux, moins turgide, passe plus facilement à travers l'orifice utérin. »

III. — L'expulsion hors du vagin, qui constitue le troisième temps, peut se faire naturellement ou réclamer l'emploi de manœuvres très simples sur lesquelles nous ne croyons pas qu'il y ait à insister beaucoup.

Il en est autrement des deux premiers temps qui demandent à être bien connus et bien observés de l'accoucheur, pour que son intervention soit utile et ne puisse nuire.

Examinons, à quel moment et dans quelles circonstances on doit recourir à la MÉTHODE DES TRACTIONS.

Pour le *premier temps*, décollement, *il doit toujours être abandonné à la nature*. M. Ribemont pose en principe « qu'*on ne doit jamais faire de tractions sur le cordon, sans s'être assuré au préalable du décollement de l'arrière-faix.* »

Quels sont donc les *signes qui nous font reconnaître que le placenta est décollé*?

Il y en a de deux espèces :

1° SIGNES DE PROBABILITÉ : apparition de deux ou trois contractions douloureuses dans le premier ou le second quart d'heure qui suit l'accou-

---

(1) Dr A. Ribemond-Dessaignes : *De la délivrance par tractions et par expression*; grand in-8 avec 8 fig. et 14 tracés. Paris, O. Doin. 1883.

chement. — Rétraction bien marquée et continue de l'utérus. — Diminution du volume de l'organe et, par suite, abaissement de son fond.

2° Le *toucher* seul peut donner une CERTITUDE.

Plus le doigt trouve le placenta rapproché, plus on a de raisons pour croire que le décollement est avancé. Tant que le délivre reste élevé et comme suspendu au niveau de l'orifice interne, on doit penser qu'il existe des adhérences, et il faut attendre.

Supposons le placenta décollé, mais ne pouvant franchir le col et restant dans l'utérus: que faut-il faire? « Quand je me suis assuré, dit M. Pajot, que les conditions nécessaires pour exercer des tractions sur le cordon (décollement) existent, je le saisis et je tire; si j'éprouve de la résistance, *je le tends* et... *j'attends.* » Il faut, en effet, dit encore le maître, exercer d'abord une *tension prolongée* pendant quelques minutes, puis faire des *tractions modérées* en suivant l'axe du bassin : le placenta se moule peu à peu et s'accommode à la forme des orifices et du canal qu'il doit traverser.

Si le décollement ne se faisait pas spontanément, ce n'est pas aux tractions qu'il faudrait avoir recours, pas plus qu'à l'administration du seigle ergoté; on sait avec quelle force le professeur Pajot s'élève contre cette dernière pratique qui a été fatale à tant d'accouchées(1); — la main, introduite dans la matrice, irait détruire les adhérences anormales. C'est encore du même procédé que l'on userait dans les cas de resserrement de l'orifice du col, enchatonnement, enfin d'hémorrhagie grave, due à l'inertie utérine. — Mais ce n'est plus alors la délivrance naturelle, c'est la délivrance artificielle que l'auteur n'avait pas à traiter, les tractions, comme, du reste, l'expression, n'ayant lieu d'être employées qu'après le décollement placentaire.

Il est une petite difficulté du troisième temps contre laquelle M. Ribemont nous met encore en garde.

Au moment où le placenta arrive à la vulve, ou même quand il a traversé cet orifice, il n'est pas rare d'éprouver une certaine résistance. Si l'on touche, on s'aperçoit que les membranes sont tendues : leur décollement est incomplet. Si, dans ces circonstances, on continue à tirer, on a de grandes chances de laisser dans l'utérus des lambeaux plus ou moins étendus de membranes : il faut attendre. Pour hâter le décollement de la caduque, on peut, le placenta étant saisi à pleine main, soit exercer une *tension* sur les membranes, soit lui faire exécuter un certain nombre de mouvements de rotation sur lui-même, cette *torsion* rompant peu à peu les adhérences encore existantes. — Si, à la suite de ces manœuvres, quelques parties menaçaient de se séparer du reste du délivre, on les fixerait à l'aide d'un fil, selon la pratique recommandée par M. Tarnier, et l'on enlèverait toute la portion de l'arrière-faix située en avant du fil. Quelques heures ou quelques jours plus tard, de légères tractions sur le fil permettaient de compléter la délivrance.

Nous arrivons à L'EXPRESSION PLACENTAIRE, et nous allons passer en revue les services qu'elle peut rendre.

Mais d'abord, en quoi cette méthode consiste-t-elle?

Voici comment, en 1860, Crédé, de Leipsig, exposait cette méthode qui porte son nom :

« On commence par appliquer la main sur la région utérine et on se contente d'y faire de légères frictions, en parcourant la plus grande surface possible de l'utérus; puis, quand on sent l'utérus se contracter, on saisit, avec une main, ou avec les deux s'il le faut, le fond de l'utérus, et quand la contraction est arrivée à son summum d'intensité, on presse sur le fond et sur les parois de l'utérus, en le poussant vers le petit bassin. Tout l'arrière-faix et le sang coagulé sont expulsés hors des organes génitaux, puis l'utérus revient de lui-même à une hauteur normale. Presser sur l'utérus non en contraction, est une faute. » Quand faut-il agir? Le plus vite après l'accouchement sera le meilleur !

Crédé affirme que, grâce à cette méthode, l'adhérence du placenta est une chimère. — Il est vrai qu'elle a causé des *accidents* dont l'auteur ne fait pas mention : ce sont la déchirure et la rétention des membranes; la déchirure du placenta et la rétention de cotylédons placentaires, l'inversion utérine (qui cependant parait rare). Enfin, si la méthode de Crédé semble diminuer les chances d'hémorrhagie immédiate, il n'en serait pas de même pour les hémorrhagies secondaires qui ont été signalées chez les femmes ayant subi l'expression placentaire.

Mais le phénomène le plus important qui empêchera longtemps cette pratique de se généraliser, c'est *la douleur* qui est la règle dans la délivrance par expression. Si son acuité vraie, son existence est presque constante. L'accouchée ressent, en effet, disent MM. Tarnier et Chantreuil, une douleur parfois assez vive, au moment de la pression extérieure que l'on fait subir à l'utérus pour chasser le placenta et, chez certaines femmes, la matrice reste endolorie pendant quelque temps après la délivrance. » Les multipares, qui n'ont pas subi ces manœuvres après leurs accouchements antérieurs, répugnent à se laisser délivrer par cette méthode.

Quels sont donc les *avantages* de l'expression placentaire ?

1° Elle permet de hâter le décollement du placenta, en excitant la rétraction utérine; 2° Elle empêche, dans une certaine mesure, les hémorrhagies dues à l'inertie utérine; 3° En augmentant la rétraction et en provoquant la contraction, elle peut faire triompher des adhérences légères du placenta; 4° Elle facilite l'expulsion du délivre, dans les cas d'antéversion; 5° Elle évite la rupture du cordon; 6° Elle permet de faire franchir le col utérin à un délivre dont le cordon est rompu : elle permet alors la délivrance, sans introduction de la main dans l'utérus.

(1) Voyez les observations rapportées à ce propos dans la thèse de M. Ribemont.

De cette étude si complète, M. Ribemont tire les conclusions suivantes dans lesquelles il fait, avec beaucoup d'impartialité, la part de chacune des deux méthodes : Avec l'une comme avec l'autre, *il faut attendre que le placenta soit décollé*. C'est la condition *sine quâ non* de toute délivrance simple ou naturelle.

« Toutes les fois que les conditions nécessaires pour la délivrance simple ou naturelle sont réalisées, si aucune indication spéciale ne force notre choix, nous nous adresserons de préférence à la méthode de la délivrance par tractions.

« *La délivrance par* TRACTIONS, *voilà la règle*.

« *La délivrance par* EXPRESSION, *voilà l'exception*.

« *Mieux vaut tendre et tirer doucement sur le cordon qu'exposer l'utérus et le placenta à des pressions, qui, mal conduites, ne sont pas sans danger*.

« *Mieux vaut l'expression que l'introduction de la main dans l'utérus*.

« La surveillance de l'utérus, à l'aide de la main portée sur les régions ombilicale et hypogastrique, après l'accouchement, les frictions douces qui assurent le retrait de l'utérus, nous paraissent excellentes; » ces manœuvres sont entrées, depuis Mauriceau, dans la pratique des accoucheurs français.

On voit que la thèse du Dr Ribemont est riche en enseignements pratiques : l'analyse que nous venons d'en faire engagera, nous l'espérons, nos confrères à la lire tout entière. D J. GEOFFROY.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

DES SYNDICATS MÉDICAUX AU POINT DE VUE DE LA DIGNITÉ PROFESSIONNELLE (1).

par le Dr BRETENOUX (de Cadillac).

Dans une discussion qui restera mémorable par la hauteur des sentiments qui y ont été exprimés, on a voulu démontrer que la dignité du corps médical était en danger, que la vieille tradition de noblesse qui nous a été léguée par nos prédécesseurs dans le sacerdoce médical, allait être abandonnée et mise, par la génération actuelle, au rang des choses surannées qui gênent, et dont on se défait comme d'un fardeau trop lourd. On n'a pas craint de nous dire, à nous, les médecins de la campagne syndiqués, les modestes héros d'un sacrifice méconnu, les travailleurs sans espoir, on n'a pas craint de nous dire : « Vos agissements compromettent la dignité médicale, vous êtes les malvenus dans un *sacerdoce* que vous allez transformer en *métier*, vous allez déclasser notre profession qu'on ne respectera que parce qu'elle sera encore honorée par la présence de cheveux blancs. » On n'a pas craint de lancer cette accusation à cette masse d'hommes honorables qui ne se réunissent, qui n'agissent que pour sauvegarder la dignité du médecin, pour lutter contre les dangers qui la menacent de toute part. On n'a pas craint de leur dire : « Le danger, c'est vous ; le malheur de notre sacerdoce, vous allez le créer. »

On l'a dit sans doute sous les formes les plus onctueuses, mais on l'a dit ; on a enfoncé le poignard avec grâce, mais on l'a enfoncé jusqu'à la garde. Nous aimons à croire qu'on n'a pas réfléchi aux conséquences de cette accusation, mais elle n'en a pas été moins portée, et elle nous a été d'autant plus pénible qu'elle a été formulée par un homme que nous respectons profondément et soutenue par des maîtres que nous sommes habitués à écouter comme des oracles. D'où qu'elle vienne, malgré toute notre infériorité, nous ne pouvons pas, nous les accusés, rester sous ce coup ; nous avons le devoir de dire bien haut : « Vous êtes dans l'erreur, Messieurs nos maîtres ; à vous notre reconnaissance pour ce que vous nous avez appris, mais à nous la garde de notre honneur, à nous aussi le choix des moyens pour conserver notre dignité. Une majorité écrasante vous a dit cela avant moi. Il nous reste à vous prouver que nous n'avons pas voté comme une masse ignorante, « à la suite de personnalités intéressées ou remuantes, » mais comme des hommes qui ont compris la question sous son véritable jour.

Nous avons voté avec ensemble, parce que les objections formulées contre les Syndicats tombent d'elles-mêmes, parce qu'outre l'efficacité de ces Syndicats au point de vue matériel, nous les considérons comme la sauvegarde de la dignité et de l'honorabilité professionnelles. Et, en effet, vous nous avez dit : « Nos fonctions sont un sacerdoce ; nous sommes les prêtres d'un culte sacré, celui de la charité ; les Syndicats, en vous mettant dans la nécessité d'exiger un salaire, portent atteinte à cette vertu qui est le plus beau fleuron de la couronne du corps *médical*. »

Que n'ai-je pu recueillir les belles paroles qu'un de nos confrères syndiqués, M. Chabrely, dans un mouvement admirable d'indignation, a prononcées en réponse à cette fausse accusation. Non, nous n'excluons pas les pauvres. Le Syndicat non seulement ne nous enlève pas le droit, il nous fait le devoir de les secourir, de leur prodiguer notre dévouement. La question de la médecine des indigents (non seulement des indigents officiels, mais de tous les parias de la fortune) a été traitée comme elle le méritait, et je fais une faute très grave à un grand cœur d'avoir pensé un seul instant que dans une réunion de médecins on avait pu s'occuper de trouver le moyen de ravir le pain du pauvre.

Le Syndicat, ici comme ailleurs, après avoir fait une large part à la misère, a voulu combattre un abus. En 1882, le Secrétaire général de l'Association de la Gironde, devenu depuis son Vice-Président, nous disait : « On abuse singulièrement, Messieurs, et nous laissons abuser de notre rôle sacerdotal. » C'est contre ces abus que les Syndicats veulent réagir. Ils nous commandent le dévouement, mais ils mettent un terme à l'exploitation ; ils ordonnent la pratique d'une vertu, mais garantissent contre les exigences de ce qui n'est pas elle. Est-ce là proscrire de nos statuts la médecine du pauvre ? Ou n'est-ce pas, au contraire, compléter l'œuvre de la charité en forçant le médecin trop léger ou trop peu soucieux de son avenir à être charitable aussi pour lui-même et pour les siens ?

On a dit encore que les Syndicats enlevaient au corps

(1) Journal de médecine de Bordeaux.

médical son prestige, en détruisant la liberté et l'indépendance du médecin.

Ou, nous n'avons jamais compris ce qu'étaient la liberté et l'indépendance, ou nous pouvons affirmer que cette objection n'est qu'un grossier sophisme. Est-ce donc aliéner sa liberté que de s'engager librement à respecter la liberté de chaque confrère et à faire respecter la sienne? L'indépendance peut-elle aller jusqu'à l'oubli des règles de la déontologie! N'est-ce plus être libre que d'obéir à des statuts qui nous défendent d'avilir une profession en faisant une concurrence honteuse de tarifs? Autant vaudrait prétendre que le jour où le nouveau docteur d'une Faculté qui conserve les vieilles traditions, prête le serment solennel de pratiquer la médecine avec *honneur et dignité*, autant vaudrait prétendre que ce jour-là il abdique sa *liberté et son indépendance*. On ne serait plus libre parce qu'on aurait juré d'être honnête? Pensaient-ils abdiquer leur liberté et leur indépeudance, MM. Lugeol, Solles, Marx et Vergely *(quantum mutatis ab illo)*, lorsqu'en 1868 ils fondaient un Syndicat pour réglementer le tarif des Sociétés de secours mutuels?

Et pourtant, ils s'y connaissaient, ceux-là, en matière de dignité professionnelle! Non, les Syndicats ne nous enlèvent pas notre liberté en nous prescrivant de ne pas laisser discuter le prix de nos soins comme celui d'une vile marchandise. Non, ils ne nous enlèvent pas notre indépendance en nous défendant de faciliter la mauvaise foi du client, qui change chaque année de médecin pour n'en payer aucun et se moquer de tous. Non, ils n'attentent pas à notre liberté et à notre indépendance en nous faisant prendre l'engagement d'être fidèles aux lois de l'honneur et de la déontologie. Les Syndicats protègent la liberté, mais ils proscrivent la licence; ils commandent l'indépendance, mais ils rejettent le caprice.

Enfin les Syndicats, en nous faisant une loi de réclamer un salaire conforme à notre travail, abaissent-ils notre dignité? Ne serons-nous plus dignes parce que nous nous ferons payer? *(à suivre).*

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE.

par le Dr E. MONIN.

Traitement des éphélides ou taches de rousseur. — M. Hardy a donné la formule d'un *lait antéphélique*, qu'il ne faut employer qu'avec précautions et réserves :

Eau distillée de roses		250 gr.
Sublimé corrosif		1 gr.
Sulfate de zinc	ãã	2 gr.
Acétate neutre de plomb		
Alcool à 90°	Q. S.	
Parfum		

M. S. A.

On peut employer (sans danger, mais sans grands résultats) une lotion avec 2 gr. de chlorure d'ammonium, pour 100 d'eau de laurier-cerise. On a également préconisé la glycérine boratée, la teinture d'iode diluée dans une solution iodurée.

Neumann a préconisé, contre les éphélides gravidiques (masque) une pommade à 1/40 d'acide chrysophanique. On fait une onction douce sur la peau préalablement nettoyée à l'eau de savon, et l'on applique, par-dessus l'onction, un linge fin destiné à empêcher la pommade de couler. Trois ou quatre onctions à deux jours d'intervalle, en évitant les paupières. La peau devient rouge, puis noire, puis elle se desquame et *la tache disparaît.*

Nous avons employé avec succès, dans un cas d'éphélides légères, les lotions avec l'alcool à 60° additionné de 5 p. 100 d'acide salicylique. Nous formulons également le cosmétique suivant :

Vaseline blanche	50 gr.
Oxyde de zinc pur	2 gr.
Précipité blanc	1 gr.
Teinture de benjoin	xxx gouttes.

F. S. A. une pommade.

Si elles n'avaient pas l'inconvénient de ternir la peau par leur action spéciale sur le duvet qui en fait l'éclat, les *lotions d'eau de chaux médicinale* seraient fort actives, surtout dans les éphélides de la grossesse.

Le *Canada lancet* conseille, dans les éphélides rebelles, un lavage au savon noir le matin, et, le soir, l'application de la formule suivante :

Eau distillée		120 gr.
Alcool à 90°	ãã	60 gr.
Eau de roses		
Glycérine pure		30 gr.
Acide chlorhydrique méd.		4 gr.
Bichlorure d'hydrargyre		0 gr. 30 c.

M. S. A.

Citons encore : *graisse de rognons de veau et bicarbonate sodium*, 30 p. 4; *beurre de cacao et tannin*, 30 p. 1; *blanc de baleine et baume du Pérou*, 30 p. 4; *cold-cream et acide borique*, 30 p. 2; *eau de laitue et chlorate de potasse*, 100 p. 4; *eau de fleur d'oranger*, *glycérine et borax*, *moëlle de bœuf et camphre*, etc., etc.

Les formules récentes d'Unna, au Kaolin, sont, sans contredit, les plus sérieuses contre les dermatoses pigmentaires invétérées ;

Oxyde de bismuth	ãã	2 gr.
Amidon de riz pur		
Kaolin		4 gr.
Onguent de glycérine		10 gr.
Hydrolat de roses		Q. S.

M. S. A.

En applications tous les soirs sur les taches; laisser sécher, en recouvrant d'une mousseline.

On peut essayer aussi les lotions avec *l'eau oxygénée*, médicament fort à la mode, mais dont nous suspectons sérieusement la valeur antéphélique.

NÉCROLOGIE.

— On annonce la mort à New-York du célèbre chirurgien américain MARION SIMS.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1er Décembre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 48

SOMMAIRE

BULLETIN

Dans une très intéressante communication, M. *Fauvel* a fait connaître les conclusions pratiques, qui ressortent de la lecture du rapport de M. le Dr *Mahé*. Les voici telles qu'elles ont été résumées par l'honorable Académicien :

1° Les prévisions émises dans ma communication du 24 juillet, ont été sanctionnées par les événements ;

2° Le rapport de M. le docteur Mahé tranche, dans le sens de l'affirmative, la question de l'importation du choléra à Damiette.

3° Les récentes manifestations de choléra à Alexandrie, à partir du 18 octobre, n'annoncent pas une reprise de l'épidémie, éteinte partout en Egypte, mais étaient seulement des cas dus à des circonstances locales et individuelles sans action sur la masse de la population protégée par l'immunité qu'elle a acquise.

En revanche, ces cas stériles en Egypte peuvent propager le choléra en Europe par importation.

4° L'apparition du choléra à la Mecque plusieurs années de suite parmi les pélerins n'est pas en contradiction avec la loi de l'immunité, attendu que le personnel du pélerinage se renouvelle chaque année, tandis que la population fixée au pays souffre peu.

5° Le retour des pélerins contaminés, peu redoutable pour l'Egypte, serait, par leur passage dans le canal de Suez, dangereux ponr l'Europe, si des mesures de préservation ne sont pas prises convenablement.

Nous parlerons plus tard des résultats obtenus en Egypte par les différentes missions scientifiques.

— Signalons l'heureux retour de M. *Rochard* parmi ses confrères, qu'il a remerciés, en termes très heureux, des marques de sympathie qu'ils lui avaient donnés durant sa maladie : Je conserverai deux choses de mon accident, leur a-t-il dit, un peu de plomb dans le poumon et beaucoup de reconnaissance dans le cœur !

Dr. J. Geoffroy

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des névralgies d'origine dentaire.

par le Dr AGUILHON DE SARRAN.

Il est curieux de voir que quelquefois le même médecin, qui, sans hésiter, institue le traitement d'une pneumonie ou pratique telle ou telle grave opération, se trouve embarrassé en face d'un client qui vient le consulter pour un vulgaire mal de dents. Souvent, alors, il envoie au dentiste un malade qu'il aurait pu facilement soulager lui-même, ou bien il se met à traiter médicalement une affection qui exige l'intervention du dentiste.

Ce sont justement ces cas que M. Aguilhon de Sarran a prévus dans le travail qu'il nous com-

munique, et dans ceux qui suivront. M. Aguilhon de Sarran ne se propose pas de faire un dentiste expert de tout médecin qui aura lu ces quelques pages ; mais il croit, et nous croyons avec lui, qu'il n'est pas inutile de rappeler au médecin et de lui indiquer bien nettement les cas où il doit intervenir, et ceux au contraire qui rentrent uniquement dans la pratique du dentiste.

Ce sont là des points de pratique que l'on ne trouve pas développés dans les ouvrages classiques. Nous sommes heureux que M. Aguilhon de Sarran ait songé à combler cette lacune très regrettable. J. G.

Parmi les souffrances que le médecin est appelé à soulager, il n'en est pas de plus fréquentes, ni peut-être de plus intenses que celles dont l'origine remonte aux lésions du système dentaire.

Aussi, que de remèdes, que de spécialités et de spécialistes pour ce seul mal de dents ! La foi du public en toutes ces merveilleuses panacées ne tarit point, et l'on ne saurait s'en étonner ; car, jusqu'à une époque très rapprochée de nous, on ne connaissait d'autre moyen sûr de guérison que l'extraction, opération douloureuse, à laquelle chacun à l'espoir de se soustraire. Et, d'ailleurs, l'esprit humain n'est-il pas ainsi fait, qu'au moment où le mal va franchir les limites de la science, les intelligences les plus droites se cramponnent à l'inconnu, et semblent ainsi donner gain de cause à tous les exploiteurs de la faible humanité ? Ceux-ci ne manquent point de profiter d'un sentiment aussi naturel, et le charlatan commence ou le médecin finit. C'est pourquoi charlatan et dentiste n'ont fait qu'un, pendant longtemps ; et si, de nos jours, une différence existe entre eux, on peut assurer qu'elle est minime : Ils sont encore frères dans l'esprit de beaucoup de gens.

Cependant, depuis vingt années, la chirurgie dentaire a fait des progrès réellement sérieux ; elle est aujourd'hui la plus puissante des spécialités, en ce sens que, dans son domaine, plus étendu qu'on ne le croit généralement, on ne trouve guère qu'une maladie contre laquelle son intervention ne soit pas entièrement efficace. Les moyens que nous avons en main ne sont en rien comparables à ceux des empiriques d'autrefois ; leur action n'est point inconnue, incertaine comme celle de beaucoup de remèdes. Bien au contraire, elle est basée sur l'étude anatomique et physiologique de la région, de sorte que les surprises ne sont pas à craindre, pourvu que toutes les indications soient observées et remplies avec attention.

C'est cette précision thérapeutique et vraiment scientifique qui m'engage à résumer, pour le *Concours médical*, quelques unes des questions les plus pratiques de la chirurgie dentaire. Il ne peut être question ici, bien entendu, de l'art dentaire proprement dit, auquel il faut se livrer exclusivement, à cause de l'habitude manuelle et de l'outillage compliqué sans lesquels il ne saurait être pratiqué utilement. Je m'adresse uniquement aux médecins, et n'ai d'autre but que leur indiquer le moyen d'être utiles à leurs clients dans un cas spécial. Car, dans la lutte que nous soutenons, nous ne saurions employer de force plus puissante que le savoir, je ne dis point la science, mais l'instruction suffisante pour que nul ne puisse dire à un malade : « Je vais vous guérir immédiatement une maladie contre laquelle votre médecin est impuissant. »

Ainsi que je l'ai dit en commençant, les lésions du système dentaire sont très fréquentes, très douloureuses, et, si elles ne deviennent graves que par exception, on ne saurait contester que, lorsqu'elles sont négligées, elles rendent la vie vraiment insupportable à un très grand nombre de personnes.

Mais pour donner une idée exacte de leur nature et de leur traitement, je crois qu'il est indispensable de décrire succinctement la dent humaine, telle que la considèrent actuellement les anatomistes et surtout les physiologistes.

La DENT est formée de tissus mous, et de tissus durs. Les tissus mous portent le nom de *pulpe dentaire*. C'est la petite masse vasculo-nerveuse qui occupe le centre de l'organe, et qui représente le *follicule dentaire* diminué des tissus durs qu'il a sécrétés peu à peu. Cette pulpe est enfermée dans une coque formée des tissus durs de la dent, et moulée exactement à sa surface. Elle est directement en rapport avec les nerfs de la cinquième paire et avec les vaisseaux dentaires. Sa sensibilité est exquise. Elle s'enflamme avec beaucoup de facilité, et a peu de tendance à la cicatrisation. Il est rare, qu'une phlegmasie n'entraîne point sa mortification. Enfin elle se transforme incessamment en ivoire, à tel point que chez les vieillards elle disparaît à peu près entièrement.

Les tissus durs sont l'*ivoire* qui, recouvre la pulpe, et est lui-même recouvert, au niveau des racines, par le *cément*, au niveau de la couronne, par l'*émail*.

Le tout, vu à l'œil nu, forme une masse très dure, très résistante, et qui semble absolument compacte. Mais il n'en est cependant point ainsi : L'émail seul est compact, quand il est bien constitué, tandis que le microscope nous montre l'ivoire sillonné, dans tous les sens, par une énorme quantité de canalicules très fins qui viennent s'ouvrir dans la pulpe. Ce tissu qui est très sensible, est pourtant dépourvu de vaisseaux et de nerfs visibles ; on a recherché dans le contenu des canalicules les causes de cette sensibilité. Mais on en est encore aux hypothèses. Quoi qu'il en soit, ce tissu, lorsqu'il n'est plus revêtu de son émail protecteur, devient très perméable aux liquides extérieurs, et c'est sur ce fait qu'est basée la théorie de la carie dentaire. De plus, lorsqu'il est ainsi dénudé, il devient sensible aux actions des corps extérieurs. On ne saurait comparer la dent, qu'à une papille sensitive, dont la massse vasculo-ner-

veuse centrale est représentée par la pulpe, tandis que le derme et l'épiderme sont représentés par l'ivoire et l'émail.

Au point de vue physiologique, le rôle de la dent est complexe. Elle sert : 1° à toucher les aliments, c'est-à-dire à percevoir certaines de leurs qualités physiques, telles que la dureté, la chaleur, et même quelques unes de leurs propriétés chimiques (acidité par exemple), bien que ce rôle soit plutôt dévolu à la muqueuse ; à ce point de vue, la dent est un organe de tact, destiné à éliminer certains corps nuisibles. — 2° Elle sert à broyer les aliments et à les mélanger avec la salive, fonction très utile à la bonne digestion. — 3° Enfin elle soutient les joues et les lèvres et devient ainsi indispensable à la phonation normale.

Ce rapide aperçu du rôle de la dent suffira à démontrer qu'elle est, avant tout, un organe de tact. Nous pouvons, à chaque instant, nous rendre compte de cette sensibilité. A qui n'est-il point arrivé d'éprouver une vive douleur, en avalant un potage trop chaud, ou un entremets trop glacé? un grain de sable même très petit est facilement touché par les dents, et nous nous empressons de le rejeter. Un brin de fil, un cheveu, placés dans une interstice provoquent une sensation désagréable qui nous oblige à les enlever. Dans la série animale, les exemples de cette faculté tactile sont encore plus fréquents : C'est ainsi que les carnivores, les chiens, par exemple, tâtent les corps durs avec leurs incisives, avant de les saisir ; chez les poissons, surtout ceux qui vivent dans le sable et les rochers, la situation anatomique des dents est extrêmement remarquable. Il est facile d'examiner la peau de la *raie commune*, et de se convaincre que toutes les papilles cutanées sont remplacées par des dents complètes, extrêmement petites, mais très dures et capables de résister aux frottements de la pierre qui ne tarderaient pas à excorier une papille recouverte simplement de derme et d'épiderme.

Chez l'homme à l'état normal, cette sensibilité est relative aux besoins de l'existence ; elle se borne à éviter l'introduction dans le tube digestif de corps trop chauds, trop froids, trop durs, trop acides, etc. ; et la zone sensible, qui est la couche la plus extérieure de l'ivoire, se trouve protégée. Mais par l'émail, comme la peau par l'épiderme aussitôt que, par une cause quelconque, ce revêtement d'émail disparait en quelque point, la sensibilité s'exagère et devient pathologique.

Les *causes* qui tendent à découvrir l'ivoire en quelques points, sont congénitales ou accidentelles. Les *premières* sont les plus fréquentes; elles consistent dans une malformation de l'émail qui fait qu'en certains points, il n'existe réellement pas. L'étendue de ces points varie depuis un espace microscopique, jusqu'à l'absence presque totale du tissu, et c'est par ces points altérés que commence la carie des dents.

Les causes *accidentelles* sont les fractures, les altérations chimiques, les fissures, etc. Il est inutile d'insister sur ce point; je me borne à faire observer que l'ivoire se trouve ainsi privé de sa protection naturelle, et qu'aussitôt il devient beaucoup plus sensible à l'action des corps extérieurs.

Les symptômes de ces lésions superficielles consistent principalement dans des douleurs erratiques dont les malades ne peuvent indiquer la cause. L'introduction de liquides ou de l'air froid produit une impression désagréable qui retentit le long des branches de la cinquième paire, principalement autour des oreilles. Aussi les malades, instinctivement, bourrent leur conduit auditif avec de l'ouate, portent des foulards autour du cou et surtout évitent avec soin de respirer de l'air froid. En un mot, on se trouve en présence de névralgies légères; mais il ne faut pas les traiter par les moyens ordinaires, avant d'avoir exploré avec soin le système dentaire, car on s'expose à un insuccès presque certain.

A une période plus avancée, notamment lorsque l'ivoire est détruit en partie, les douleurs se calment, soit parce que l'altération a dépassé la zone sensible superficielle, soit à cause des matières étrangères accumulées dans la cavité qui forment un revêtement protecteur, soit enfin parce que les personnes affectées ont une sensibilité moindre, ce qui se voit assez fréquemment. Cet état de tranquillité relative est cause que la destruction de l'ivoire se fait presque toujours à l'insu du malade; mais, dès que l'altération approche de la cavité centrale, de manière à découvrir la pulpe en un point quelconque et à la mettre en contact avec des corps étrangers, les douleurs se réveillent beaucoup plus intenses. L'irritation des extrémités nerveuses de la pulpe détermine des névralgies très douloureuses qui s'étendent parfois jusqu'au plexus brachial. Et, cependant, il est très fréquent de voir des personnes qui n'accusent en aucune façon leurs dents d'être la cause de leurs souffrances. Elles avalent des quantités énormes de quinine et d'opium sans éprouver de soulagement, tandis qu'en une seconde, on peut faire disparaître à jamais ces douleurs.

Enfin, à la longue, la pulpe dentaire irritée sans cesse s'enflamme, et alors le malade fait lui-même le diagnostic; car il se trouve en présence d'un des tourments les plus cruels que nous connaissions, et que la langue pittoresque du peuple désigne sous le nom de *rage de dents*. Mais je me bornerai dans cet article à parler des lésions superficielles de l'ivoire, ainsi que des douleurs qui en sont la conséquence et peuvent être confondues avec des névralgies faciales.

Il faut, pour établir un *diagnostic* certain des lésions que nous venons de signaler, être bien convaincu que la grande majorité des névralgies faciales, a pour point de départ une lésion du système dentaire, et faire sur ce point de patientes recherches. Les malades, en effet, ne se rendent point compte de l'origine de leurs souffrances, surtout lorsqu'ils ont une dentition défectueuse. Il en résulte pour le médecin des méprises assez désagréables, qui l'entraînent à employer une foule de remèdes, sans succès, pour en arriver

finalement à donner le conseil d'aller voir un dentiste. Mieux vaut certainement trouver d'abord le point lésé, calmer la douleur, sauf à laisser au spécialiste le soin d'achever le traitement.

La recherche d'un point d'ivoire altéré par la carie, n'est pas toujours chose facile. Il faut d'abord employer les moyens objectifs, tâcher d'apercevoir une tache, une fissure, en éclairant soigneusement tous les points au moyen d'un petit miroir concave ; puis sonder ces points avec une fine sonde d'acier Si le point est très sensible, et surtout s'il a déjà occasionné des douleurs névralgiques, c'est-à-dire s'il a été irrité, le contact de l'acier suffira pour éveiller une sensation. Dans d'autres cas, notamment lorsqu'un point de carie s'est développé entre deux dents, on n'aperçoit rien, ou l'emploi de la sonde est difficile. Il faut alors avoir recours à d'autres moyens. C'est le malade lui-même qui doit dire où se trouvent les points lésés. Pour atteindre ce but, il suffit de faire couler quelques gouttes d'eau froide tour-à-tour sur chaque dent; celles qui sont malades deviennent immédiatement sensibles. Enfin, il suffit parfois de faire mâcher un morceau de sucre ou une pastille de chocolat.

Les points malades étant découverts, le traitement est des plus simples. Pour les dénudations très superficielles il suffit, en général, d'exciser l'ivoire pour obtenir son insensibilité. Ce résultat s'obtient surtout avec la lime. Mais s'il est incomplet, il faut avoir recours aux cautérisations. Je passe sous silence la cautérisation au fer rouge, bien qu'elle ait été fort à la mode; mais elle a plus d'inconvénients que d'avantages. De toutes les substances préconisées, les deux plus efficaces sont le chlorure de zinc et l'acide arsénieux. Un petit fragment de chlrorure de zinc en voie de déliquescence, ou une boulette de coton trempé edans le déliquium, détruisent la sensibilité de la dent, après quelques minutes de contact. Ce moyen a l'inconvénient de causer une vive sensation de brûlure pendant quelques instants; mais son action est sûre. — L'acide arsénieux est plus actif; son emploi exige de grandes précautions, parce qu'il agit à distance sur la pulpe, dont il peut déterminer l'inflammation.

Cependant, c'est le caustique auquel on doit donner la préférence. Voici comment il doit être employé :

Remplissez, jusqu'à la moitié, un flacon à large tubulure d'une solution concentrée d'acide phénique, ajoutez deux ou trois pincées d'acide arsénieux finement pulvérisé. Au moment de vous en servir, agitez le flacon, de manière que le liquide tienne en suspension un peu de la poudre arsénicale, et trempez-y une petite boulette d'ouate d'une dimension appropriée. Cette boulette, appliquée dans la cavité, doit être maintenue en place pendant vingt-quatre heures; au bout de ce temps, à de très rares exceptions près, l'ivoire est devenu insensible. Pour empêcher ce petit pansement d'être enlevé, il faut enduire sa surface d'un vernis quelconque à l'alcool; le contact de la salive précipite la résine de sa solution et forme un enduit très résistant.

Il est bien entendu que la cavité doit être au préalable débarrassée des matières étrangères qui l'occupent.

On a encore l'habitude d'employer l'acide arsénieux sec ou mélangé à une pâte; ces procédés sont mauvais, parce qu'on risque d'employer une trop forte dose ou de voir fuser le caustique sur les parties voisines. De plus, pour des raisons qu'il serait trop long d'énumérer ici, l'acide phénique s'oppose à l'absorption de l'arsenic.

Il n'est aucun médecin qui ne puisse mettre en pratique un procédé aussi simple, et qui suffit cependant à faire disparaître des névralgies qui résistaient depuis longtemps à tous les procédés thérapeutiques.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

LA RÉVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE ET LES OFFICIERS DE SANTÉ

La publication du Rapport sur la Révision de la législation médicale avait ému un certain nombre d'officiers de santé qui, nous croyant animés contre eux de sentiments hostiles, s'étaient éloignés du *Concours* et nous tenaient rigueur ; d'autre part, nous n'avions pu donner à nos confrères des explications qui les auraient rassurés, car ils n'avaient pas songé à nous en demander, et les personnes qui s'étaient proposé de soutenir leurs intérêts, — qui n'étaient pas en péril, — avaient immédiatement apporté dans la discussion des arguments capables de l'envenimer, mais non pas de la faire aboutir. Dans ces conditions, nous avons pensé que le temps et la réflexion produiraient des résultats plus fructueux et plus honorables pour tout le monde que la plus vive des polémiques. Nous avons attendu, et voici que les événements viennent nous montrer aujourd'hui que nous avons agi sagement.

Auteur du Rapport sur la Révision, je continue à m'intéresser à toutes ces questions de législation médicale, et dernièrement, à propos de la réunion de notre Commission, j'ai eu à parler du décret du 1er août: j'ai dit ce que j'en pensais, ce que nous en pensions tous au *Concours*. Cette fois mes confrères, les officiers de santé, ont bien vu que nous n'avions pour eux ni haine, ni dédain; et ils sont revenus, je crois, à une meilleure appréciation de nos idées. Ces messieurs se sont en effet réunis et ont chargé l'un d'entre eux, l'honorable M. Ducosté, de Brionne, de venir s'expliquer avec nous et nous exposer leurs griefs.

Après quelques minutes d'entretien, nous n'avons pas eu de peine, M. Cézilly et moi, à démontrer à notre interlocuteur combien on s'était mépris

sur nos intentions et sur le but que nous poursuivions.

Pour donner plus de poids à nos déclarations mutuelles, il a été convenu entre nous que nos explications seraient échangées par la voie du Journal : c'est ce qui explique les lettres suivantes de M. Ducosté et la réponse dont je les fais suivre.

A M. le Dr Geoffroy, Rapporteur de la Commission de révision de la législation :

Monsieur et très honoré Confrère,

Ainsi qu'il avait été convenu entre nous à Paris, je vous envoie la lettre ayant trait à votre Rapport.

Vous la trouverez peut-être longue, cependant j'ai fait tout mon possible pour résumer nos *desiderata* et n'ai traité que les points importants.

J'espère que vous lui ferez bon accueil, et c'est dans cet espoir que je vous prie d'agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

A. DUCOSTÉ.

P. S. — Je vous serais mille fois obligé de me rappeler au souvenir de Monsieur le Docteur Cézilly auquel je suis sincèrement reconnaissant du bienveillant accueil qu'il a bien voulu me faire ; j'ai d'ailleurs les mêmes remerciements à vous adresser.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans le numéro du 3 novembre dernier, vous annoncez que M. le Dr Chevandier, député de la Drôme, doit déposer à la Chambre un projet de loi conforme au Rapport que vous avez fait au nom de la Commission de la Révision médicale.

Je suis convaincu, Monsieur et très honoré Confrère, qu'en rédigeant ce mémoire vous étiez loin de penser qu'il pourrait éveiller les susceptibilités de l'officiat. C'est cependant ce qui est arrivé pour beaucoup d'entre nous qui, tout en vous sachant gré de soumettre un projet de loi qu'ils attendent depuis longtemps, vous reprochent néanmoins de laisser planer sur eux un vernis d'incapacité contre lequel ils ne sauraient trop protester.

Le corps des officiers de santé, institué par une loi, a été bien des fois modifié par de simples décrets ; celui de 1854, en supprimant les jurys départementaux, et en forçant les aspirants à l'officiat à prendre 14 inscriptions et à passer leurs examens définitifs devant un jury présidé par un professeur d'une faculté, a dû, vous l'avouerez, relever puissamment le niveau des études demandées pour obtenir ce diplôme.

On peut dire que chaque fois qu'une modification importante a été faite dans le programme des facultés, une mesure administrative n'a point tardé à l'exiger de l'officiat.

Chaque décret réclamant de nous des connaissances plus grandes aurait dû, sans aucun doute, apporter une certaine amélioration dans notre situation. Il n'en a rien été, et vous-même avez protesté avec juste raison contre le dernier décret imposant trois années de stage hospitalier pour l'officiat, lorsque deux années seulement sont obligatoires pour le docteur, sans cependant qu'aucune mesure vint, en compensation de ces nouvelles exigences, atténuer pour nous les instructions surannées de la loi de ventôse.

En examinant bien, et surtout avec impartialité, la question, on arrive forcément à constater qu'au début des études médicales la différence qui existe entre les aspirants au doctorat et les aspirants à l'officiat consiste en ce que les premiers sont bacheliers et que les seconds ne le sont pas, de sorte que si l'on admet, comme beaucoup de médecins, je crois même parmi ceux qui sont vos collaborateurs, que les mathématiques spéciales, les vers latins et la littérature grecque n'ont rien à faire avec la pratique médicale, il faut forcément reconnaître ainsi que la plupart des officiers de santé s'ils n'avaient été arrêtés au début de leur carrière par les difficultés du baccalauréat, contre lesquelles Monsieur Chevandier lui-même à tant protesté, si j'ai bonne mémoire, seraient actuellement pourvus du titre de docteur.

Cette inutilité du baccalauréat ès-lettres, n'est-elle pas tacitement reconnue même par les ministres de l'instruction publique, puisque souvent, sur les recommandations de personnages influents, ils s'empressent d'en accorder la dispense, non pas seulement à des praticiens exerçant l'art depuis longtemps, et par cela même ayant rendu des services justifiant à un certain point cette faveur, mais aussi à de simples étudiants ? Pourquoi alors ne pas étendre cette mesure à tous ?

Après cinq, dix années d'exercice, quelle différence existe-t-il entre les médecins bacheliers et les médecins non bacheliers ? Les connaissances du baccalauréat auront-elles beaucoup servi au jeune docteur, et s'il n'a point continué à travailler, sera-t-il supérieur à son confrère l'officier de santé, si ce dernier, conscient de la responsabilité que lui inflige la loi de ventôse, s'est maintenu au courant, non pas des théories naissant un jour pour disparaître le lendemain, mais des *progrès pratiques* de notre art.

Je ne saurais mieux me résumer qu'en rappelant cette phrase qu'a bien des fois répétée notre éminent directeur, le docteur Cézilly :

« Ce n'est pas le titre qui honore l'homme, mais l'homme qui honore le titre. »

Voilà, Monsieur et très honoré confrère, ce que beaucoup d'officiers de santé auraient voulu vous mentionner et je ne doute pas que vous voudrez bien, dans votre justice, reconnaître qu'il y a une lacune à ce sujet dans votre Rapport.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

A. DUCOSTÉ

Brionne, le 16 novembre 1883.

A M. Ducosté, délégué des officiers de santé.

Oui, très honoré confrère, j'ai été fort étonné de voir mon Rapport soulever les susceptibilités d'un certain nombre d'officiers de santé, j'en ai été encore plus étonné quand j'ai appris qu'après s'être réunis pour constituer une sorte de comité de défense — quoiqu'ils ne fussent pas attaqués, — ces messieurs en étaient arrivés à accepter des conclusions tout à fait analogues à celles que la Commission m'avait chargé de défendre.

Comme nous, en effet, les officiers de santé demandaient la suppression de l'officiat, comme nous encore ils rappelaient le respect dû aux droits acquis. Il semblait donc qu'officiers et docteurs, nous étions placés sur un terrain où nous devions nous entendre.

Eh bien ! non, il n'en a pas été ainsi : les membres de la réunion, dont j'ai parlé, ont fondé un journal dont la polémique a été, dès le premier jour, tellement violente et agressive à mon égard, et à l'égard de notre Directeur, du *Concours Médical*, et je crois bien de tous les docteurs en général, qu'il devenait impossible de suivre utilement une discussion montée, dès l'origine, sur un tel diapason. Je cessai donc de lire ce journal. Et, cependant, que demandait-il? Il poursuivait, absolument comme nous, l'abolition de l'officiat et le respect des droits acquis : il eût été plus simple, plus fructueux et surtout plus économique d'entrer en explication avec nous, comme vous venez de le faire vous-même ; il y a longtemps que vous auriez obtenu la satisfaction que vous me demandez aujourd'hui.

Votre lettre m'apprend, en effet, très honoré confrère, que j'ai été accusé de laisser planer sur la personne des officiers de santé un soupçon d'incapacité, contre lequel ils tenaient à protester; et, d'autre part, je n'aurais pas tenu compte du décret de 1854.

Voilà bien, je crois, vos deux griefs.

Permettez-moi de vous dire que ce double reproche ne pourrait m'être adressé que par des personnes qui n'auraient pas apporté à la lecture de mon travail une attention suffisante : c'est ce que j'espère vous démontrer.

Oui, je persiste à croire que l'officiat est une mauvaise institution : c'est justement pour cela que j'en réclame l'abolition ; et il faut bien croire que je ne me trompe pas de beaucoup dans mon appréciation, puisque, d'un côté, l'officiat tombe de lui-même, faute de candidats, et que, de l'autre, les titulaires sont les premiers à en demander la suppression ! Or, pour supprimer une institution, le meilleur moyen n'est pas de la couvrir de fleurs, comme on fait aux morts, il m'a paru plus logique d'en rechercher les vices et de les étaler au grand jour, dans un document uniquement destiné à nos confrères de la Chambre et du Sénat.

Voilà pourquoi je suis remonté à l'origine de l'officiat; voilà pourquoi j'ai démontré que, nécessaire à une certaine époque, il aurait dû cesser d'exister avec les circonstances qui l'avaient fait naître. On a cru voir, dans cet argument historique, qui est bien certainement le plus fort que j'aie pu faire valoir, le dessein peu confraternel de ravaler les hommes honorables, qui sont actuellement pourvus de ce titre. Mais dans quel but aurais-je agi ainsi, puisque je déclare que je m'attaque à la chose et non aux hommes ; puisque je demande que l'on respecte tous les droits; puisque je propose même qu'on facilite aux officiers de santé les moyens de devenir docteurs? Ai-je donc prétendu que les officiers de santé remplissaient mal leurs devoirs? Ai-je laissé supposer qu'ils ne commettaient que des bévues? Ai-je raconté des anecdotes capables de jeter sur eux un vernis d'incapacité? Non, je me suis abstenu de ce genre de discussion qui, à mon avis, ne prouve rien, car ce n'est pas sur un fait particulier que l'on doit étayer une argumentation générale. Aussi ne crois-je pas avoir écrit un seul mot qui ait pu blesser sérieusement la personne de mes confrères, et, si je l'avais écrit, je le regretterais, ayant horreur de tout ce qui peut ressembler à l'injure et n'ayant de motif de haine ou de jalousie contre aucun des membres de l'officiat.

Quant au décret de 1854, je le cite à la page 10 de mon Rapport, en constatant que ce progrès n'est qu'une *demi-mesure* qui n'a satisfait personne : la discussion actuelle prouve surabondamment mon affirmation.

En somme, j'ai soutenu qu'il était contraire aux mœurs et aux progrès de notre époque d'avoir deux titres différents pour représenter la même fonction, lorsque les nécessités sociales ne l'exigeaient pas, car n'oublions point que c'est l'intérêt de la société qui est seul en jeu ici.

Pour ne pas rentrer dans la discussion générale, je m'en tiendrai au lumineux dilemme du Président Bonjean, en l'atténuant un peu, si vous voulez :

Si le programme du doctorat contient des parties inutiles, des choses de luxe et de pure curiosité, pourquoi ne pas les éliminer?

S'il ne contient que le nécessaire, pourquoi ne pas imposer le même programme à tous les médecins?

Maintenant, mon cher confrère, je vais, à mon tour, vous adresser un reproche à vous, et à quelques-uns de nos confrères officiers de santé, qui, lors de la publication de mon Rapport, se sont retirés de notre Société, sans chercher à se rendre un compte exact de nos intentions ; tandis que d'autres, qui, sans doute, nous connaissaient mieux, ont continué à rester des nôtres. Ceux-là savaient que le *Concours médical* ne pouvait que demander l'union de tous les membres de la corporation médicale, et pensaient bien que c'était justement en vue d'augmenter cette union qu'il cherchait à établir l'uniformité des grades, l'égalité des titres.

Rassurez-vous donc, mon cher confrère, et surtout rassurez nos confrères, la situation des officiers de santé n'est pas en jeu : tous les projets, celui du *Concours*, comme celui de M. Chevandier, s'accordent à reconnaître vos droits et même à ménager certaines facilités à ceux qui voudraient

prendre le titre de docteurs : seulement, sur ce dernier point, le projet de M. Chevandier est un peu plus sévère que le nôtre, et, sans être prophète, je puis vous prédire qu'un jour n'est pas loin où les officiers de santé proclameront hautement leurs préférences pour le projet du *Concours médical* qu'ils ont si amèrement critiqué.

Mais, je vais plus loin, et je vous déclare que si, par impossible, il était le moins du monde question de donner à la loi un effet rétroactif, vous n'auriez pas de plus chaud défenseur que nous, contre une injustice aussi criante. La conduite passée du *Concours* peut, je pense, garantir sa conduite à venir : rappelez-vous, en effet, que nous nous sommes toujours élevés contre ceux des Syndicats qui voulaient repousser de leur sein les officiers de santé; rappelez-vous enfin que, seul, parmi les organes de la presse médicale, le *Concours* a protesté contre le décret du mois d'août.

Et quel était l'auteur de la protestation ? Celui-là même qui a écrit le Rapport par lequel vous vous êtes crus menacés?

Pour qu'il ne puisse plus subsister aucun malentendu entre nous, il est encore une phrase de mon travail dont vous ne m'avez pas parlé et qui, cependant, a été l'objet de vives critiques. J'ai écrit que les officiers de santé occupent généralement les bons postes à la campagne et j'ai prouvé qu'en effet ils préfèrent les pays riches aux pays pauvres, les villes aux campagnes. On m'accuse d'être jaloux, envieux de ces bons postes! J'avoue que cette accusation ne m'a jamais fort ému. Je félicite ceux de mes confrères qui ont de bonnes situations, je leur en souhaite de semblables à tous, mais je ne les leur envie pas, par la bonne raison d'abord que je n'en aurais que faire. — Il était utile de savoir si vraiment le second ordre de médecins rendait des services qu'on ne pouvait demander au premier : j'ai prouvé qu'il n'en était pas ainsi, et personne encore n'a contesté mon dire. C'était un bon argument, j'en ai profité, voilà tout.

Et maintenant que nous nous sommes expliqués avec franchise et loyauté, maintenant que nous sommes certains, les uns et les autres, que nous tendons au même but qui est l'intérêt bien compris de *tout* le corps médical et de la société, je puis bien vous dire, très honoré confrère, que nous sommes très heureux de vous voir revenu parmi nous, car nous avons toujours professé pour votre personne la plus haute estime. Vous êtes en effet un praticien recommandable et, de plus, vous vous occupez, avec une compétence reconnue, des questions professionnelles que nous avons tant à cœur de voir régler : vous ne pouviez donc manquer d'avoir nos sympathies, et nos confrères, les officiers de santé, ne pouvaient choisir un délégué capable de les représenter plus honorablement et avec lequel il nous fût plus agréable de nous entretenir. Que n'êtes-vous venu plus tôt: vous eussiez fait économiser bien des flots d'encre et de bile!.. Mais ne parlons plus de ces choses-là : nous les avons oubliées.

Nous comptons sur vous, très honoré confrère, pour bien faire comprendre à ceux qui vous avaient, en cette occasion, investi de leur confiance que le *Concours* est une société de praticiens qui ne se préoccupent que d'augmenter le bien-être et la dignité de la profession médicale, grâce à l'union de ses membres.

D[r] J. GEOFFROY.

Au moment où je terminais cette réponse, j'apprends que le projet de M. Chevandier a été déposé le 6 novembre et qu'il vient d'être distribué aux députés ; j'espère que nous pourrons le publier prochainement.

II

LA CAISSE DES PENSIONS DE DROIT DES MÉDECINS DE FRANCE (1).

La question de l'organisation d'une caisse de Pensions de droit, pour les membres du Corps médical de France, est à l'ordre du jour en ce moment. Nous avons, il y a quelques mois, dans un article reproduit par le *Concours Médical* et par le *Journal d'accouchements* de Liège, tâché de mettre en lumière les heureux résultats donnés jusqu'à ce jour par la *Caisse des Pensions des Médecins Belges*. L'exemple venu de chez nos voisins a suscité chez nous bien des avis favorables à la création d'une caisse de retraite. A la dernière séance de la *Société locale des Médecins de la Loire-Inférieure*, le D[r] Benoist, de Saint-Nazaire, a développé un projes qu'il a longuement élaboré depuis plusieurt années, projet que l'on trouvera reproduit dans notre numéro d'août. A la séance du *Concours Médical*, tenue à Paris le 19 août dernier, plusieurs idées particulières ont été émises sur ce sujet; bref la question semble mûre. Aussi croyons-nous devoir soumettre à l'appréciation de nos lecteurs le projet suivant qui vient de nous être communiqué par le D[r] Bertin, projet qui lui est propre et que nous reproduisons *in extenso*.

Le Corps médical français possède deux Associations qui lui rendent de nombreux services, mais lesquels sont insuffisants.

En effet, l'Association générale des Médecins de France, créée et continuée par nos maîtres très aimés, ayant à sa tête un président dont le nom est le symbole de la sympathie et de la vénération de tous, est une œuvre de protection morale ; elle a surtout pour but de maintenir, par une influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession; aussi sa protection morale s'exerce-t-elle surtout chez les jeunes médecins qui, au début de leur carrière médicale, rencontrent chez tous les membres de l'Association un concours bienveillant, sympathique et confraternel. Nous ne passerons pas sous silence les immenses services rendus par sa charité bien

(1) Extrait de la *Gaz. méd. de Nantes.*

connue; aussi nous reconnaissons qu'elle a fait tout ce qu'elle pouvait faire avec son organisation et des cotisations si modestes.

A côté de cette Association, œuvre de charité, s'est élevé le *Concours Médical*, qui recrute surtout ses adhérents parmi les médecins placés en face des exigences de la vie. Le praticien isolé s'aperçoit bientôt que la protection morale de l'Association *générale* est insuffisante pour le protéger contre les lois qui régissent l'exercice de la médecine, contre les empiètements des corporations religieuses, des charlatants, contre les Associations ouvrières qui, par leur force collective, ont su imposer aux médecins des conditions désavantageuses.

On comprend avec quel empressement le médecin isolé a dû saluer la création du *Concours médical* qui sait nous grouper, nous syndiquer, pour lutter, nous aussi, par la force de l'association, pour la défense de nos intérêts matériels et professionnels.

On le voit, ces associations répondent à des besoins différents; la première est une œuvre de solidarité, de charité, de protection morale; la deuxième est une œuvre de lutte, de défense d'intérêts professionnels; aussi sont-elles absolument nécessaires aux médecins, mais toutes deux sont insuffisantes. Le praticien même protégé par l'Association générale, quoique aidé par le *Concours*, voit peu à peu ses forces s'affaiblir, son activité décroître, et ses ressources diminuer avec une augmentation de charges. Le voilà arrivé à 60 ans, presque à la fin de sa carrière; il a pu peut-être vivre honorablement, maintenir son rang social, élever ses enfants; mais qu'aura-t-il pour assurer son repos et celui de sa femme. Rien ou presque rien. —Il n'aura pas la tranquillité du repos.

Il ne lui restera que la ressource d'implorer, par les soins de la Société locale, à l'Association générale, une pension viagère de 4 à 500 francs; quelquefois il l'obtiendra, parfois il sera refusé.

Nous ne faisons pas ici la critique de l'Association générale, car nous reconnaissons qu'elle ne peut pas mieux faire avec ses modestes cotisations; mais nous constatons qu'il y a dans cette demande, dans la possibilité d'un refus, un fait qui froisse notre dignité humaine. Comment, nous qui luttons pour la Société, qui, commo le soldat, sommes souvent victimes de notre devoir professionnel, nous n'aurions pas le droit sur nos vieux jours à une retraite nous assurant le morceau de pain?

Il y a donc une lacune à combler — c'est à nous de le faire. L'Association générale est une œuvre commune, le *Concours médical* l'est également, il nous appartient donc de créer avec nos propres ressources médicales cette caisse de retraite: mais remarquons que cette caisse ne doit être ni une œuvre rivale, ni une œuvre hostile à nos deux associations; elle doit, au contraire, demander leur appui; c'est une œuvre complémentaire et tout médecin inspiré du véritable sentiment confraternel, doit s'inscrire :

A l'Association générale, — drapeau de la solidarité, dignité et de la charité professionnelles

Au *Concours médical*, — drapeau de la défense de nos intérêts matériels et professionnels.

A la Caisse de retraite, — drapeau du droit égal pour tous de s'assurer un repos légitime à 60 ans.

Il est incontestable que la Caisse ne pourra pas se créer sans que les médecins consentent à y verser une certaine somme d'argent. Mais comment l'obtenir? Il faut d'abord nous inspirer de ces deux idées morales — Solidarité — Mutualité.

Solidarité. — Il faut que les médecins adhérents à la Caisse versent une cotisation annuelle, égale pour tous, sans différence d'âge. — Nous devons aider nos aînés, qui nous ont déjà aidés par leurs efforts antérieurs, et cette cotisation uniforme pour tous sera la preuve de notre solidarité.

Mutualité. — Si la cotisation uniforme prouve la solidarité, la mutualité devra être mise en pratique par des versements variant suivant la position de fortune, la situation médicale. Nous demandons donc qu'à la cotisation uniforme et obligatoire, soit joint le versement du montant des honoraires de quatre journées médicales dans l'année, à des époques fixées par la Commission Administrative. Il est évident que chacun de nous aura des journées différentes, et les heureux de ce jour auront la joie d'avoir travaillé pour eux et pour notre œuvre commune. Il sera toujours facile de fixer le chiffre minimum d'une journée. Ne sont-ce pas les médecins les plus âgés, les mieux arrivés qui verseront les journées les plus fructueuses? Par ce moyen, les ainés ne viendront-ils pas en aide aux jeunes? N'est-ce pas ainsi de la bonne mutualité? Nous pouvons encore admettre des Sociétaires bienfaiteurs qui pourront abandonner, au profit de la Caisse, certaines sommes.

Ces deux idées morales étant posées et acceptées, voyons le mécanisme de cette Caisse;

Une compagnie d'assurances sur la vie peut seule organiser, en raison de son personnel, le recouvrement des sommes trimestrielles, peut seule les faire fructifier. Mais à cette compagnie d'assurances le rôle administratif seul est confié; à côté d'elle, nous plaçons une Commission médicale nommée par le Bureau de l'Association générale, par la direction du *Concours médical* et par les Sociétaires.

Cette Commission aura droit de surveillance sur toutes les opérations de la Compagnie, devra patronner l'œuvre, discuter le nombre de pensions à accorder; tous les ans, d'accord avec la compagnie, elle dressera notre budget, et dans une Assemblée générale, tenue à Paris, elle indiquera les modifications à introduire dans notre organisation.

Ces considérations générales exposées, les statuts seront faciles à rédiger. Nous les résumerons ainsi :

I

Il est créé avec le concours de la compagnie... une Société mutuelle ayant pour but la création d'une Caisse de Retraite pour les Médecins français.

II

La société se compose de Membres Sociétaires, ayant adhéré aux statuts. Les Sociétaires se divisent en :

Sociétaires perpétuels, ceux qui verseront un capital suffisant pour produire un intérêt égal à la cotisation minimum, verseront une somme quelconque.

Sociétaires perpétuels et bienfaiteurs. ceux qui pourront abandonner leur rente viagère.

Sociétaires actifs, adhérents aux statuts.

III

Une commission Médicale nommée en nombre égal des Membres par le Bureau de l'Association générale, par la direction du *Concours médical*, par les Sociétaires actifs, préside, de concert avec la Compagnie, à l'organisation, surveille et patronne l'œuvre.

IV

Chaque Membre actif devra verser une cotisation de 30 fr. par trimestre.

V

Chaque membre actif devra abandonner le montant du gain d'une journée médicale, au jour fixé par la Commission médicale : une journée par trimestre, soit 4 journées par an. Le gain minimum est fixe à 15 francs.

VI

Il y aura chaque année, au tsiège social, une Assemblée générale des sociétaires, lecture du rapport de la Commission du budget dressé par la compagnie et vérifié par la Commission.

VII

Tout Membre âgé de 60 ans, aura droit à une pension viagère, dont le chiffre sera fixé par la Commission.

VIII

Toute somme versée par un sociétaire reste acquise définitivement a la Caisse.

IX

Tout Membre actif, qui se soustrait volontairement aux obligations des versements trimestriels et des journées, perd son droit à la retraite et les sommes versées par lui sont acquises définitivement.

Voici, en supposant cinq mille adhérents à ces statuts, les résultats qu'on obtiendrait :

Ier année de création. — 1884. — du 1er janv. au 31 déc. 1884.

Pas de retraites.

1° Versement des 4 trimestres à 30 fr. par trim. par 5,000 adh. : 30×4=120 fr.× 5,000 adh.	600,000 fr.
2° Versement des 4 journées fixées au minimum de 15 fr. chaque, soit : 60×5,000	300,000 fr.
3° Intérêts de ces sommes versées trimestriellement et produisant à la fin de l'année à 4,25, soit	20,000 fr.
Total des Recettes au 31 déc. 1884	920,000 fr.
Frais de gestion par la Compagnie	20,000 fr.
Reste net en caisse le 31 déc. 1884	900,000 fr.

IIe année de création. — 1885. — 1er janv. au 31 déc. 1885.

500 retraites à 1,200 fr.

1er Janvier 1885. — Capital net en caisse.	900,000 fr.
Sur ce capital total est soustrait le capital nécessaire pour assurer à 500 adhérents une rente viagère de 1,200 fr. soit 500×1,200	600,000 fr
Reste en caisse	300,000 fr.
1° Les pensions étant payées trimestriellement les 600,000 fr. prélevés doivent rapporter un certain intérêt, à 4,25 0/0 soit pour l'année entière	10,000 fr
2° Les 300,000 fr. restant en caisse donnent, comme intérêt annuel à 4, 25 0/0.	12,750 fr.
3° Les versements des cotisations trimestrielles comme ci-dessus, soit	600,000 fr.
4° Les versements des journées trimestrielles comme ci-dessus, soit	300,000 fr.
5° Les intérêts de ces sommes (900,000 fr.) perçues trimestriellement comme ci-dessus	20,000 fr.
6° Le surplus des journées minimum, les legs des donateurs dons volontaires, les rentes viagères éteintes, soit	10,000 fr.
Au 31 déc. 1885. La caisse possède	1,252,750 fr.
Frais de gestion par la Compagnie	22,750 fr.
Reste net en caisse le 31 déc. 1885	1,230,000 fr.

La Cie reçoit ici 22,750 francs par an pour avoir un chiffre rond.

IIIe année de création 1886. — Du 1er janv. 1886 au 31 déc. 1886. 600 *retraites.*

1er janvier 1886. Capital net en caisse	1,230,000 fr.
Sur ce capital total est soustrait la somme nécessaire pour assurer 600 rentes viagères à 1,200 fr. soit	720,000 fr.
Reste en caisse	510,000 fr
(1) En caisse le 31 déc. 1886. Capital brut	1,476,675 fr.
Frais de gestion de la Compagnie	20,000 fr
Capital net en caisse le 31 déc. 1886	1,456,675 fr.

(1) Pour cette année et les suivantes, nous supprimons le détail des opérations qui suivent, évidemment, une marche analogue à celle indiquée pour les premières années.

IVe année de création, 1887. — Du 1er janv. au 31 déc. 1887. — 700 *retraites.*

1er janvier 1887. Capital net en caisse....	1,456,675 fr.
Sur ce capital on soustrait la somme nécessaire pour assurer 700 rentes viagères à 1,200 fr..............................	840,000 fr.
Au 1er janvier 1887. Capital net en caisse.	616,675 fr.
En caisse fin déc. 1887. Capital brut......	1,592,883 fr.
Frais de gestion de la Compagnie.........	20,000 fr.
Le 31 déc. 1887. En caisse. Capital net....	1.572.883 fr.

Ve année de création 1881. Du 1er janv. 1888 au 31 déc. 1888. 750 *retraites.*

1er janvier 1888. Capital net en caisse....	1,572,883 fr.
Sur cette somme, on soustrait le capital nécessaire pour 750 assurés à 1,200 fr..	900,000 fr.
Au 1er janvier, Capital net en caisse.....	672,883 fr.
Total en caisse de capital brut...........	1,654,480 fr.
Frais de gestion de la Compagnie........	20,000 fr.
Au 31 déc. 1888. Capital net.............	1,634,480 fr.

VIe année de création, 1889.
800 *retraites.*

1er janvier 1889. Capital en caisse........	1,634,480 fr.
Sur ce capital, on soustrait la somme de 800 pensions soit......................	960,000 fr.
Au 1er janvier 1889. En caisse............	674,480 fr.
Au 31 déc. 1889. Capital brut en caisse...	1,657,480 fr.
Frais de gestion par la Compagnie.......	20,000 fr.
Gapital net en Caisse le 31 déc. 1889......	1,637,480 fr.

Ici doit s'arrêter la progression croissante des retraites ; notre budget fin 1889, se solde par une différence en notre faveur de 3,000 francs.

Fin 1888	1,634,480 fr.
Fin 1889.....................................	1,637,480 fr.
	3,000 fr.

Et comme les dépenses et les recettes restent les mêmes, nous pouvons continuer 800 rentes viagères. Ainsi que le montre notre dernier tableau.

VIIe année de création, 1890.
800 *retraites.*

Au 1er janvier 1890. Capital en caisse....	1,637,480 fr
Sur ce capital, on soustrait 800 rentes viagères soit............................	960,000 fr.
Au 1er jauvier. En caisse.................	677.480 fr.
Au 31 déc. 1889. Capital brut en caisse...	1,661,273 fr.
Frais de gestion par la Compagnie.......	20,000 fr.
Capital net en caisse le 31 déc. 1889......	1,641,273 fr.

Fin déc. 1889..............	1,637,480 fr.
Fin déc. 1890..............	1,641,273 fr.
	3,793 fr.

Solde en notre faveur 3,793.

Ici doit commencer l'application pratique de l'influence de la commission médicale, car nos ressources ne peuvent augmenter maintenant que par des dons, des legs, etc. Aussi j'insiste sur le maintien de ce patronage médical qui, augmentant nos ressources, pourra augmenter soit le nombre de retraites, soit le chiffre de la pension viagère.

Nantes, le 10 octobre 1883.

Dr G. Bertin.
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine,
Médecin suppléant des hôpitaux.

Le projet de notre éminent confrère montre les bons sentiments dont il est animé. Nous aussi, nous croyons à la confraternité, malheureusement ce n'est pas là monnaie courante que l'on soit autorisé à faire figurer au compte des recettes. Il y a donc, dans le projet que l'on vient de lire, des sommes (surplus des journées, dons, etc...) qui sont trop hypothétiques pour qu'on ne les élimine pas du reste du calcul. Mais, sans vouloir faire, dès aujourd'hui, la critique des idées de notre confrère, nous ne lui soumettrons qu'une seule objection : est-il certain de réunir 5,000 adhérents dès la première année? C'est un bien gros chiffre pour un essai.

III

LE CONSEIL JUDICIAIRE DU CONCOURS MÉDICAL.

Monsieur Paul Coulet, avocat à la Cour d'appel de Paris, 17, rue de Berlin, a bien voulu accepter d'être le conseil judiciaire de la *Société du Concours médical.* MM. les membres du *Concours* pourront s'adresser à lui dans le cas où ils auraient besoin de ses conseils, comme ils s'adressaient auparavant à notre regretté conseil, M. Léonel Oudin.

COURRIER

Observation d'anurie ayant duré cinq jours, consécutive à des coliques néphrétiques, et terminée par la guérison.

J'ai l'honneur de vous adresser l'observation suivante qui me paraît très rare. Je n'ai trouvé, d'après les recherches que j'ai faites, qu'un cas analogue signalé en 1880 dans le *Concours médical*, par le docteur Mouchot de Commarins.

M. B., 58 ans a été atteint le 4 juillet 1883, d'une première colique néphrétique se terminant, le 6, par l'issue d'un calcul assez volumineux. En août, seconde colique du côté opposé droit, se jugeant de la

même façon. En septembre, le 19 et les jours suivants, trois coliques : deux à gauche, une à droite, se terminant successivement par l'expulsion de calculs.

Jusque là, rien d'extraordinaire. Mais, le 28 à quatre heures du soir, le malade urine pour la dernière fois. Le 29 le malade est légèrement surexcité. Douleurs modérées, même à la pulpation, pesanteur du bas-ventre. La vessie ne peut être sentie, bien que la percussion ne donne que des résultats négatifs. Je pratique le cathétérisme.

Cette opération ne présente aucune difficulté, bien que le malade ne s'y prête pas volontiers. Pas une goutte d'urine, ne sort; injection tiède, l'eau revient sans aucune coloration. Vessie faiblement contractée, sans calculs. Percutés avec soin les reins ne sont pas augmentés de volume.

Bains, diurétiques ne donnent aucun résultat.

Le 30, même état.

Le 1er octobre, même état le matin et; à midi ventouses scarifiées à la région lombaire.

Dans la journée, à la suite d'une consultation avec mon confrère, le Dr Vilpelle, étonné comme moi de constater cette absence d'accidents avec une anurie aussi prononcée, on applique quinze sangsues à la région lombaire : dans la nuit, un demi-verre d'urine est rendu.

Le 2, absence d'urines, rien au cathétérisme : quatre paquets résine de scammonée et calomel āā 0,25 centigr. à une heure d'intervalle l'un de l'autre.

Le 3, absence d'urines, frictions avec de l'onguent mercuriel belladoné.

Le 4 seulement, dans la nuit, quatre litres d'urine. Depuis ce moment, les urines sont revenues. Les premiers jours, elles ont éliminé une grande quantité de sable, et, depuis, d'assez gros calculs.

Je livre cette observation sans commentaires, craignant d'en atténuer l'originalité par des hypothèses quelconques. Les reins sont restés cinq jours sans fonctionner : aucun traitement n'a eu d'influence, aucune évacuation supplémentaire n'est survenue. Pendant ce temps, le pouls est resté de 80 à 92, les douleurs peu vives. Il n'y a eu ni frisson, ni résorption urineuse. *Rien, absolument rien.*

Dr CHARPENTIER,
(*de Meaux*).
Anc. int. des hôp. de Paris.

PETIT COURRIER

Cher Directeur,

Vous pouvez m'inscrire comme membre futur de la *Caisse de pensions de droit* du *Corps médical français*, sous réserve, bien entendu, d'un examen des statuts à intervenir.

C'est sans enthousiasme que je donne mon adhésion ; je le fais après réflexion, mais aussi sans me faire d'illusions sur la difficulté de l'exécution. Ici, il ne s'agit plus de sacrifier quelques francs à une œuvre de charité dont on compte n'avoir jamais besoin; la quotité de la prime annuelle éloignera forcément les souscripteurs *simples amateurs*. Au contraire les plus besoigneux de la profession, peut-être les plus âgés, vont probablement faire la majorité des adhérents. Je prévois bien des difficultés : on peut les résoudre avec de la patience et de l'ordre; mais, à voir les lettres que vous insérez chaque jour, je crains que bien des illusions ne tombent avant peu, et que la réalité n'effarouche bon nombre de néophytes aussi ardents que peu renseignés. Je m'en rapporte au zèle et aux lumières des plus compétents qui se chargent des études sur la question et je crois à l'avenir de l'institution ; mais je verrais avec peine le *Concours* s'engager trop à fond dans cette affaire qui, si elle échouait, pourrait causer un tort grave à notre cher journal. Comme dans l'affaire *Droguerie*, je dirais volontiers : *Caveant Consules*. (Soit dit en passant, je préfère la solution que vous avez trouvée et pour mon compte je n'ai qu'à me louer de la maison).

Pour les assurances sur les chevaux, j'approuve complètement la défaveur que vous avez jetée sur ce genre d'affaires. J'ai passé par là. En Normandie, j'ai été échaudé par une mutuelle : on ne m'y reprendra plus. Le grand tort de ces assurances est de confondre, dans des risques communs, des catégories d'animaux très différentes : les chevaux de maître, bien soignés, paient pour le cheval de labour ou d'élevage. La Société est tombée en déconfiture et j'ai dû contribuer à l'extinction du déficit. Chers confrères, jusqu'à nouvel ordre, méfiez-vous des assurances sur la *Vie* des chevaux. Car, remarquez que ces sociétés n'assurent que la vie, et non les maladies ou accidents, ce qui serait bien plus utile au médecin.

Mes compliments pour l'énergie et l'entente administrative que vous déployez, et dont vous avez déjà donné tant de preuves.

Nous sommes toujours avec vous et nous le prouverons à l'occasion.

Bien à vous, Dr D. 1136.

RÉPONSE.

Cher Confrère,

Nous publions volontiers votre lettre ; nos confrères doivent comprendre que les adhésions à la *Caisse des pensions*, une fois les statuts adoptés, constituent un engagement qui n'a rien de platonique. Ils n'ont à se guider dans cette circonstance que par leur intérêt personnel.

Nous ne reculons pas devant les responsabilités et comme tout ce qui se fait au *Concours* a lieu au grand jour de la publicité, nous ne redoutons rien pour lui. Un échec n'est pas à prévoir, toutes les précautions seront prises, et nous avons pour nous le précédent de la *Caisse Belge*.

Nous avons procédé ainsi dans le choix d'une maison de droguerie, et tous les membres du concours qui ont eu recours a la *Droguerie des médecins de France* ont éprouvé les mêmes satisfactions que vous.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

DES SYNDICATS MÉDICAUX AU POINT DE VUE DE LA DIGNITÉ PROFESSIONNELLE

par le Dr BRETENOUX (de Cadillac).

(Suite et fin).

S'il est un endroit où la médecine soit à peu près rémunératrice, il faut bien reconnaître que c'est dans les grandes villes. Le médecin de ville a voulu se faire payer et a su y arriver. Il a su porter progressivement le taux de ses honoraires à un prix trés convenable. C'est bien lui que M. R. Saint-Philippe a spirituellement dépeint en ces termes : « Une radicale transforma- « tion se fait parmi nous dans les esprits et dans les « mœurs; nous voulons rompre avec le vieil homme, « avec l'homme d'autrefois, ce philanthrope un peu rê- « veur qui faisait de la médecine pour la gloire et non « pour sa famille, et qui mourait pauvre comme il avait « vécu... Nous envoyons régulièrement chaque année « nos mémoires... Nous entendons être payes... Notre « consultation de cabinet a cessé d'être gratuite... Nous « faisons réglementer la médecine des pauvres... La nuit « nous ne répondons pas à tout venant... etc..., etc... » Or, pensez-vous qu'en agissant ainsi, cet habile ou cet heureux de la profession ait estimé un seul instant qu'il compromettait la dignité du corps médical? Pensez-vous que pour avoir remplacé dans son cœur « la vieille chevalerie chère à don Quichotte » par une philosophie plus pratique, il ait soupçonné le déclassement de la profession? Non seulement il n'y a pas songé, mais ses confrères moins heureux n'ont fait que l'applaudir et i porter envie. Alors, pourquoi trouverait-on mauvais que les médecins syndiqués cherchent à l'imiter? Il nous dira peut-être, ce fortuné : « Tant vaut l'homme, tant vaut l'art, » voilà le vrai motif des recettes du médecin des villes. Nous l'accordons sans peine. Mais a-t-il le droit de trouver mauvais le Syndicat qui dit en principe: « Tout médecin a une valeur, et j'établis un tarif minimum au-dessous duquel il ne saurait exercer son art sans rabaisser la dignité professionnelle, « tant vaut l'homme, tant vaut l'art, » et je défends au vulgaire de prétendre que le médecin syndiqué ne vaut rien, je lui intime l'ordre de le respecter. » Est-là un principe qu rabaisse la dignité du corps médical?

Pour expliquer cette peu bienveillante accusation, il ne resterait plus qu'une hypothése, en vérité, celle de croire que dans le corps des médecins, il faut des victimes pour rehausser la dignité des heureux, il faut des martyrs pour permettre à ceux qui thésaurisent de se proclamer philanthropes. N'allez pas croire que j'exagère. Il y a en réalité à la campagne des martyrs de cette fausse dignité qui consiste à n'exiger aucun salaire pour son travail. C'est la misère qui les attend, la misère avec ses mauvais conseils et son triste cortège de déconsidération. Qu'on veuille ou non, en effet, notre société, atteinte d'un positivisme effrayant, n'a qu'un pivot autour duquel tout tourne : le succès. Le médecin pauvre se sent d'une infériorité qui le blesse ; on abuse de lui et il le comprend, mais tiraillé par la nécessité, il courbe le plus souvent la tête sous l'affront qu'on lui inflige. Il lui faut même un cœur haut et noble pour ne pas faire alors commerce de son diplôme, s'enrichir et riposter par les mêmes procédés que ceux dont il souffre lui-même.

J'ai connu quelque part un médecin marqué dans son pays du sceau de l'indigence. Sa vie était un labeur sans merci. On lui donnait des ordres comme à un valet et, lorsque le soir il rentrait harassé, il avait la désespérante préoccupation de savoir s'il trouverait dans sa cassette le nécessaire pour payer à ses enfants le repas de la fin du jour. Car, à ce vieillard qui avait passé sa vie à faire de la médecine « pour la gloire », à cette victime du dévouement et de la charité sans limites et sans ordre, les fournisseurs ne livraient rien sans argent, ne ménageant à notre malheureux confrère ni les railleries, ni les sarcasmes. Aujourd'hui, notre bienfaisante Association lui vient en aide, mais n'eût-il pas été préférable de mettre ses clients dans l'obligation de lui payer ses honoraires qui l'eussent placé au-dessus de certaines nécessités, où l'homme s'abaisse et où la dignité se voit mise en lambeaux.

Eh bien! si l'on pense qu'il faille de ces victimes pour maintenir notre dignité professionnelle et notre réputation de philanthropie, nous devons dire que le Syndicat n'en veut plus. Il ne veut plus de ces sacrifices ni de ces martyrs. Il veut que la dignité du corps médical dépende de celle de chacun de ses membres en particulier.

Ordonner notre charité, affermir notre liberté et notre indépendance, sauvegarder notre dignité, voilà donc quel est le rôle du Syndicat, voilà son but moral.

. . . .

On disait en 1882 : « Quelques esprits timorés ont « craint que l'Association n'entrât dans une voie qui la « détournerait de son véritable but, qu'elle ne s'égarât à « la recherche d'utopies et qu'elle n'éveillât sur elle « l'œil soupçonneux de l'autorité qui tient sous sa dé- « pendance absolue le sort de toutes les associations. Il « ne faut pas exagérer cette prudence toute paternelle, « car l'heure va venir où les rapports de l'État vis-à-vis « des sociétés seront changées, et alors l'Association gé- « nérale, nous en avons le ferme espoir, n'oubliera pas « le rôle important qu'elle a à jouer pour améliorer la « condition du médecin en face des pouvoirs publics et « de la société ». Et c'est lorsque le moment de l'action est arrivé, qu'on se retire! Nous n'avons le droit de juger la conduite de personne, et si messieurs les démissionnaires ont la gracieuseté de nous traiter de confrères, nous avons le devoir et le plaisir de nous rappeler que ce sont nos maîtres. Mais il nous sera permis du moins de dire aux cœurs pleins de générosité et de courage qui restent à leur poste : « Les Syndicats n'aspirent qu'à rehausser et à sauvegarder la dignité professionnelle; portez vos études de ce côté; travaillez à les aider dans cette noble missiou; le travail sera digne de vous; votre responsabilité sera grande, c'est possible, mais plus grande encore sera notre reconnaissance ».

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

BULLETIN MENSUEL DES SYNDICATS

NOVEMBRE 1883

A propos du discours prononcé à l'association des médecins de la Gironde par M. le Dr Levieux.

Nous avons dit, dans un précédent article, (voir *Concours médical* n° 46), que nous aurions à revenir sur un discours prononcé contre les Syndicats à la réunion de l'association de la Gironde tenue à Cadillac, le 14 octobre dernier. La haute situation personnelle, la parfaite honorabilité, la légitime influence dont jouit notre honorable confrère, M. le Dr Levieux, donnent à son étude une importance toute particulière. Plus nous relisons cette œuvre, plus aussi nous sommes frappés du peu de solidité des arguments qui y sont développés.

Tout d'abord M. le Dr Levieux ne voit la cause des souffrances du corps médical — celui des campagnes surtout — que dans l'énorme extension prise depuis quelques années, par les sociétés de Secours mutuels. C'est sans doute l'une des causes du malaise, mais il en existe bien d'autres dont notre distingué confrère ne tient aucun compte. Pour nous, nous ne saurions admettre que la création des sociétés de Secours mutuels ait *seule* déterminé les médecins à constituer des Syndicats. Un honorable confrère auquel je demandais, il y a bientôt deux ans, l'attitude adoptée par le Syndicat qu'il présidait à l'égard des sociétés de Secours mutuels, me répondait qu'il n'avait pas eu à s'en occuper, ces sociétés étant inconnues dans la région. Et pourtant, le Syndicat dont il s'agit, est un des plus anciens, un des premiers fondés.

S'il est un fait acquis, c'est l'insuffisance des honoraires perçus par le médecin, dans les campagnes surtout. Et non-seulement on le paie peu, mais surtout on le paie mal ou on ne le paie pas du tout. Voilà, d'une manière générale, l'état de choses contre lequel les Syndicats ont voulu réagir. Y ont-ils réussi? Nous sommes en mesure d'affirmer que des progrès ont été réalisés partout où on a créé des Syndicats, et quoi qu'en pense M. Levieux, personne n'a trouvé que la considération des médecins syndiqués ait été amoindrie. Le sera-t-elle à l'avenir? Nous n'hésitons pas à affirmer le contraire. Nous vivons au milieu des populations de la campagne que nous connaissons depuis notre enfance. Nous sommes donc beaucoup mieux placé que notre confrère pour nous rendre compte des jugements formulés par les populations rurales. Eh bien! Je le dis hautement, ils nous estiment comme nous nous estimons nous-mêmes. Et lorsque nous tarifons notre visite un peu plus haut que le voisin, on nous apprécie en raison du prix qu'on nous paie.

Ainsi, en augmentant l'honoraire, les Syndicats n'ont jeté aucun discrédit sur leurs membres. Ceux, par exemple, qui ont sollicité des suffrages de leurs concitoyens, ont pu se convaincre que leur popularité n'était point entamée. Pourquoi cela? C'est que les masses ont compris que les revendications du corps médical étaient justes et que nous avions raison de chercher à substituer à un état de choses défectueux, un état de choses meilleur. Je sais bien que le voisinage d'un confrère mal intentionné peut être gênant; mais les règles de conduite que nous adoptons ne nous lient évidemment qu'à l'égard de ceux qui les observent vis-à-vis de nous.

Et puis où a-t-on vu que « nous devons avoir le triste courage de ne reculer devant aucune des conséquences des Syndicats, même les plus radicales; qu'il faut se résigner à l'aliénation complète de sa liberté? » Non! Nous n'abdiquons pas notre liberté par le fait que nous admettons une règle. Est-ce que par hasard la liberté consisterait à faire tout ce que la loi veut? Nous dirions alors que nous n'en voulons pas de cette liberté absolue. Telle que nous la comprenons, elle a une limite toute naturelle, et on franchit cette limite quand on cause préjudice à autrui. Nous sommes libres pourvu que nous ne cherchions pas à porter atteinte aux droits de notre voisin. Et surtout nous sommes libres de faire la charité. Les Syndicats ne nous empêchent pas de rencontrer, de reconnaître et de soulager des misères. Ils ne nous font point un devoir impérieux de réclamer une somme d'argent pour les soins que nous donnons à de pauvres malheureux. Tous les jours nous faisons l'aumône et nous en sommes fiers! — Une somme d'argent toujours la même!! Non, non! nous voulons quand nous en trouvons l'occasion, au lieu de réclamer des honoraires, déposer notre modeste obole dans la main du malheureux qui réclame nos soins et que la misère étreint. Mais ceux qui peuvent nous rémunérer de nos peines et soins, ceux-là nous entendons les atteindre quand ils montrent une mauvaise volonté évidente. Et c'est pour cela que nous sommes syndiqués, c'est-à-dire unis. Est-ce là ce que M. Levieux appelle *le déclassement* de la profession? Nous ne saurions protester trop énergiquement contre une semblable qualification et l'attitude des nombreux médecins réunis le 14 octobre à Cadillac a bien montré à notre honorable confrère que son sentiment n'était nullement partagé.

Les intérêts moraux du corps médical ne sont donc point compromis par les Syndicats. En élevant le taux de l'honoraire, en en facilitant le recouvrement, en favorisant les bonnes relations entre confrères voisins, ils relèveront évidemment le prestige et la considération de la corporation; et à ce point de vue, M. le Dr Hameau a eu parfaitement raison de dire qu'ils sont un complément utile de l'association, pouvant l'aider à améliorer le bien-être des médecins et à exprimer leurs justes revendications. Quant aux intérêts matériels, dit M. Levieux, « ils n'ont jamais été plus dignes « du respect qu'à cette heure où les difficultés de « l'existence semblent s'accroître de jour en jour. » Qu'importe? « En continuant à s'occuper presque exclu- « clusivement de l'assistance mutuelle..... l'associa- « tion aura au moins la conscience de ne s'être jamais « exposée à des reproches que pourrait justifier l'in-

succès d'entreprises aventureuses. » Et cela suffit à M. Lévieux! Pour nous, cela est absolument insuffisance aussi continuerons-nous à compter sur les Syndicats.

Dr Ad. Barat-Dulaurier,
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

SYNDICAT MÉDICAL DES VALLÉES DE L'AISNE ET DE LA VESLE

Séance du 16 octobre.

Les membres du Syndicat se sont réunis à deux heures à Fismes, le mardi 16 octobre, sous la présidence de M. Dulieu, président.

Etaient présents : MM. Dulieu (de Longueval); Anst (de Vailly); Lécuyer (de Beauriux); Godart (de Fismes); Claudat (de Fismes); Wimy (de Braisne); Bracon (de Vailly); Geoffroy (de Saint-Erme); Balossier (de Craonne); Beaufinet (de Jonchéry).

Etaient rereprésentés : MM. Herbillon (de Cormicy); Fromigier (de Festieux) et Colnot (de Corbeny).

M. le président annonce la présence de M. le Dr Rousseau (de Laon), dûment convoqué comme promoteur d'un Sydicat des médecins de l'arrondissement de Laon et propose de lui donner le titre de membre d'honneur de notre Syndicat.

Adopté à l'unanimité.

M. Rousseau remercie l'assemblée, et demande aux médecins présents de vouloir bien assister à la première réunion du Syndicat de Laon afin de lui donner plus d'autorité morale. A cet effet, tous les membres de notre Syndicat seront convoqués régulièrement.

Adopté à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le projet de loi en instance à la Chambre des députés sur l'exercice de la pharmacie (M. Naquet rapporteur).

M. le président donne la parole à M. Lécuyer, secrétaire, qui lit le rapport suivant :

Etudes sur le rapport de M. Naquet député, touchant l'exercice de la pharmacie, par M. Lécuyer *(de Beaurieux).*

I

Mes cher confrères,

Vous m'avez chargé de faire un rapport sur la proposition de loi élaborée par une commission de la Chambre des députés (*M. Naquet, rapporteur*).

Cette commission est composée de onze membres parmi lesquels nous trouvons MM. *Lacote*, *Fréry*, *Cadet* et *Naquet*, docteurs en médecine, les autres membres étant étrangers aux sciences médicales.

Elle avait à étudier : 1o La proposition de M. *Hyppolite Faure*, député et pharmacien, sur l'exercice de la pharmacie, et 2o celle de MM. les députés *Delattre*, avocat, et *Frébault*, docteur en médecine.

S'en est-elle tirée à son honneur, et cette proposition de loi, si elle était votée, constituerait-elle un progrès sur l'état de choses actuel ?

Quoique certains articles soient élaborés dans un but libéral, nous n'hésitons pas à dire que les principales innovations sont mauvaises et constituent un déni de justice envers le corps médical.

Nous pourrions appeler cette loi malencontreuse : loi sur l'exercice de la pharmacie, à l'usage et au bénéfice des pharmaciens contre les médecins.

Sans doute le rapport a amendé le projet primitif du député pharmacien de Châlons, l'honorable M. Faure, qui n'a même pas pu se faire nommer commissaire dans son bureau; mais, telle qu'elle est encore elle nous paraît inacceptable pour les médecins et nous essaierons de le prouver.

Nous attendions mieux de M. le Dr Naquet, esprit très vif et très libéral; mais le savant chimiste, devenu le journaliste incisif et le politicien que l'on connaît, ne s'est plus souvenu qu'il était médecin, et nos confrères de la commission, n'ont pas songé à soutenir énergiquement le corps médical, dans une juste cause.

Sans doute, dans l'ordre de choses actuel, il y a bien des vieilleries, bien des choses tombées en désuétude, et il était utile d'y porter la main; mais il fallait, en même temps, et parallèlement, étudier les conditions d'exercice de la médecine. Ces deux réformes devaient marcher ensemble et non l'une sans l'autre.

Pour bien comprendre les avantages que l'on veut donner aux pharmaciens, il faut se reporter au rapport de M. *Faure* : A l'entendre, la profession de pharmacien est un véritable apostolat : Il faut à l'étudiant en pharmacie « *une énergique volonté, une véritable vocation pour venir s'enfermer dans une officine, pour s'astreindre aux occupations souvent pénibles ou rebutantes que lui imposent les premiers mois du stage pharmaceutique* (!) » Je ne prendrai pas la peine de mettre les débuts du médecin en parallèle avec celui du pharmacien; mais voyons plus loin. *Ceux qui choisissent cette difficile carrière sont entraînés moins par l'espérance des avantages matériels qu'ils pourront en recueillir, que par le spectacle ravissant de cet ensemble de sciences physiques et naturelles dont la pharmacie leur facilite l'accès et dont l'étude leur dévoilera plus tard et les secrets et les merveilles.*

Un peu plus tous les pharmaciens seraient des candidats au prix Monthyon !

II

Nous allons passer en revue rapidement les principaux articles qui ont trait à la médecine.

L'art. 1er commence les innovations en faveur des pharmaciens : jusqu'à présent, la pharmacie vétérinaire avait été libre; il en fait le monopole exclusif du pharmacien. C'est aller encore de suite un peu loin. La médecine vétérinaire est encore libre, la pharmacie serait monopolisée, cela fait déjà voir (ce que j'avançais tout à l'heure) : que les deux professions sœurs, médecine et pharmacie, doivent être réglementées en même temps.

L'art. 2 supprime avec raison les pharmaciens de deuxième classe; le projet Faure les gardait; mais les

projets Delattre et Naquet ont démontré que c'était à tort.

Arrivons au paragraphe 2 de l'art. 7 et à l'art. 8 :

Art. 7 par. 2. Est également prohibé l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie même aux personnes qui seraient pourvues du double diplôme sauf l'exception prévue à l'article suivant :

Art. 8. En cas de péril urgent et aussi dans tous les cas où il n'y a pas de pharmacien à une distance de six kilomètres.

Deux choses nouvelles encore à l'avantage des pharmaciens. Pourquoi prohiber d'une façon absolue l'exercice simultané des deux professions ?

D'ailleurs, le peu de praticiens ayant les deux diplômes rend, à mon avis, une disposition législative bien inutile ; d'autant plus que dans les campagnes on trouve beaucoup de médecins faisant la pharmacie, et je ne sache pas qu'il y ait jamais eu de plaintes sérieuses (si ce n'est de la part des pharmaciens). Les médecins ruraux faisant de la pharmacie pratiquent au grand contentement des clients, et cette distance de six kilomètres que l'on exige du domicile du malade à celui du pharmacien est absolument arbitraire.

A ce propos, le projet *Delattre et Frébault* pose ces questions :

« Le public est-il fait pour la pharmacie, ou la pharmacie pour le public ?

« Est-ce l'intérêt du public qui a donné naissance à cette agitation, ou l'intérêt particulier du pharmacien ?

« La loi fondamentale sur la pharmacie, du 21 germinal, an XI, accordait aux médecins établis dans les communes dépourvues de pharmaciens, la faculté de fournir des médicaments à leurs malades.

« Est-ce dans l'intérêt du public qu'on vous propose de modifier cette sage disposition en défendant de fournir des médicaments aux clients dont le domicile ne sera pas distant de six kilomètres au moins d'une pharmacie ? On exige ainsi la création, sur toute l'étendue du territoire, d'un nouveau cadastre pharmaceutique, variable avec le changement de domicile de chaque pharmacien. »

Inutile d'insister.

Passons à *l'art. 9.* Cet article laisse aux pharmaciens le droit de délivrer des médicaments sans ordonnance, sauf quelques substances toxiques. Dans la pratique cela revient à permettre l'exercice de la médecine aux pharmaciens. Les divers projets disent tous : tout citoyen a le droit de se *droguer* comme il l'entend, et le pharmacien doit délivrer tout médicament demandé. Je répondrai : « vous vous appuyez sur la liberté ? eh bien ! pourquoi des restrictions ? Pourquoi ne pas aller jusqu'à la liberté complète, à l'exercice libre de la pharmacie, sans aucun frein ? Vous ne le pensez pas ; il faudrait arriver à l'exercice libre de la médecine, avec ce même raisonnement : j'ai bien le droit de me faire soigner par qui je veux ; ce serait alors le triomphe des empiriques de toute espèce. Non, vous voulez une loi de liberté pour vous, une loi restrictive pour les médecins ! »

Le client ne va pas dire ordinairement : Je veux telle substance ; il dit par exemple, je tousse, que faut-il faire ? alors le pharmacien lui délivre un médicament. il fait de la médecine ; le projet dit bien que c'est sous leur responsabilité, mais c'est illusion ! Si cet article était admis, il faudrait admettre la réciprocité ; donner le droit aux médecins de délivrer tout médicament à leurs clients sous leur responsabilité, et on peut être sûr que cette réciprocité donnerait plus de garantie aux malades.

Nous devons nous élever contre cet article 9. Les pharmaciens, il est vrai, violent la loi tous les jours, mais enfin il y a une loi que l'on peut invoquer au besoin.

Ajoutons que si les pharmaciens voulaient bien abandonner au commerce, les médicaments d'un usage courant et qui peuvent se manipuler sans danger, on ne verrait plus d'épiciers condamnés à 500 fr. d'amende pour avoir vendu du bois de quinquina, de la farine de moutarde, ou des fleurs de tilleul. La conséquence serait l'abolition des herboristes dont le besoin ne se fait nullement sentir.

III

Voilà chers confrères, les principales dispositions nouvelles concernant la médecine, de ce fameux projet de loi qui, je l'espère bien, ne sera pas adopté.

Du reste, il ne part pas d'un point de vue unique ; c'est un compromis entre les projets de M. *Faure*, et MM. *Delattre et Frébault*, du syndicat des pharmaciens de la Seine, de l'association des pharmaciens de France, du conseil d'Etat, et M. le ministre du commerce a fait de grandes restrictions à certains artcles du rapport Naquet.

Il est du devoir du Corps médical de protester et je vous proposerai la résolution suivante :

1° *Le Syndicat, considérant que le projet de loi rapporté par M. Naquet à la Chambre des députés lèse les intérêts aussi bien des malades que des médecins, et cela au profit seul des pharmaciens, proteste énergiquement contre ledit projet de loi et s'en remet au dévouement des médecins députés pour les combattre.*

2° *Considérant, en outre, que ces deux branches de la science de guérir ont des connexions si grandes qu'il est impossible d'étudier leurs conditions de pratiquer isolément, le Syndicat compte sur les dits médecins députés pour prendre l'initiative de l'étude simultanée des conditions d'exercice de la médecine et de la pharmacie, et demander la révision totale des lois de ventôse, an XI, sur l'exercice de la médecine, en particulier sur l'exercice illégal, la prescription des honoraires, etc., et de germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie.*

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

M. Bracon expose que, vu l'importance de la question, il serait bon que le *Concours médical* insérât *in-extenso* le dit rapport en demandant l'adhésion de tous les Syndicats existants pour qu'une protestation unique soit envoyée à la Chambre des députés et en particulier aux médecins législateurs.

Adopté à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle la question des pensions de retraite.

Après en avoir délibéré, le Syndicat félicite le *Concours médical* d'avoir mis cette question à l'ordre du jour du Corps médical ; il adhère à l'unanimité au principe des pensions de retraite, se réservant l'adhésion définitive quand ce projet sera suffisamment étu-

dié; mais il croit devoir émettre les vœux suivants :

1° La pension, *autant que possible*, ne serait pas inférieure à 1.200 francs.

2° Il y aurait faculté de la doubler;

3° La pension intégrale serait de droit aux malheureux confrères qui, par suite d'accidents ou de maladies, ne pourraient plus exercer, aussitôt cette impossibilité constatée, n'auraient-ils effectué qu'un versement.

La séance est levée à quatre heures.

Le secrétaire général, Dr H. Lécuyer, de Beaurieux (Aisne).

LES SYNDICATS MÉDICAUX ET L'ASSOCIATION

Nous avons pensé que les membres du *Concours* liraient avec intérêt le rapport que M. Hameau, d'Arcachon, a présenté à l'association des médecins de la Gironde, dans la séance du **14** octobre dernier. C'est ce travail consciencieux dont les conclusions, pourtant bien anodines, ont déterminé la petite révolution dont nous avons déjà parlé. Nous sommes certain que nos lecteurs n'y trouveront absolument rien qui puisse légitimer la démission pour ainsi dire en masse des membres du bureau. Pour notre part, nous serions porté à trouver les conclusions de l'honorable M. Hameau plutôt timides que révolutionnaires.

Dr Ad. B.-D.

Les Syndicats et l'Association de la Gironde.

RAPPORT DE LA COMMISSION DES SYNDICATS.

Cette commission est composée de : MM. Lande, Lasalle, Maurice, Henri Verdalle, Hameau, rapporteur.

Depuis la fin des corporations et maîtrises, aucune tentative importante n'avait été faite pour soustraire le médecin aux misères de l'isolement, lorsque, il y a un quart de siècle, fut fondée l'association générale des médecins de France.

Cette grande institution de solidarité confraternelle, explicitement réclamée par le congrès de 1845, et réalisée sur l'initiative des médecins de la Gironde, fit concevoir, dès l'origine, les plus grandes espérances : secours aux infortunes, pensions viagères, pensions de retraite, chasse au charlatanisme, réformes législatives en ce qui concerne les relations du praticien avec l'Etat, le parquet, le code civil; élévation de l'honoraire... tout ce que peuvent renfermer de justes aspirations des esprits longtemps contenus se fit jour à la fois. Véritable révolution dans les habitudes du monde médical.

Les premières années, âge héroïque, furent marquées par un élan universel. Puis, comme il arrive toujours, la part faite aux conquêtes immédiatement possibles, l'irréalisable irrita les impatients et découragea quelques autres. L'immense majorité, il faut le dire, resta fidèle et confiante. Aujourd'hui nous voyons revenir, et par la voie même qui semblait devoir les éloigner, ceux qu'on avait pu croire hostiles ou hésitants.

Tous, en effet, sont unanimes à reconnaître que l'association est seule assez riche pour soulager les infortunes; seule assez puissante pour tenir haut le drapeau professionnel.

Par là, elle améliore considérablement la situation du médecin; mais elle est impropre à fixer l'honoraire.

Or, il n'est pas douteux que le médecin, principalement le praticien des campagnes, souffre beaucoup de l'insuffisance de l'honoraire qui n'est plus en rapport avec les exigences les plus impérieuses de la vie.

Il est hors de doute également que le médecin isolé ne peut rien contre l'habitude invétérée des populations et qu'une amélioration sérieuse de cet état précaire ne sera obtenue que par l'entente solidement établie entre les praticiens d'une même contrée.

De là, le succès immédiat et croissant des Syndicats médicaux. En moins de deux ans, ils ont atteint le chiffre de soixante-deux, répartis dans trente-neuf départements. En quelques mois, nous en avons vu naître quatre dans la Gironde.

Quels rapports doivent exister entre les Syndicats et l'association? Telle est la question que nous avons mandat d'étudier.

Au premier abord, on a pu craindre que le succès des Syndicats ne fît perdre de vue les avantages de l'association; que l'appât du gain ne fît négliger la perspective du secours plus ou moins éloigné et de la dignité mieux sauvegardée. Mais la profession médicale vit autant de l'honneur que de l'honoraire, et la dignité professionnelle sera d'autant plus appréciée et facile que le pain de chaque jour sera mieux assuré.

C'est le spectacle rassurant auquel nous assistons ici même.

Notre collègue, M. Lasalle n'a-t-il pas dit, dans notre dernière assemblée :

« L'association générale, avant tout Société de bienfaisance et de moralisation, ne peut s'occuper des mille détails de la pratique médicale, des questions si multiples d'intérêt professionnel qui forment précisément le programme des Syndicats. A l'association, l'œuvre de prévoyance charitable et de protection du corps entier; à elle la discussion des questions délicates de déontologie; à elle la défense de l'honneur professionnel dont elle restera toujours la gardienne vigilante. Aux Syndicats, la solution des questions de pratique journalière et des moyens d'action appropriés à chaque région. Sociétés essentiellement militantes, ces dernières doivent compléter l'œuvre de l'association en soutenant le praticien dans la lutte qu'il a, chaque jour, à livrer dans l'exercice de son art. »

M. le Dr Barat-Dulaurier, vice-président du Syndicat de Coutras, exprime les mêmes sentiments : « Il ne doit pas y avoir d'antagonisme entre les deux institutions. L'association doit conserver son rôle

d'assistance et de moralisation. Les Syndicats ne sont point Sociétés de secours mutuels; ils sont une institution de défense professionnelle, nous permettant, par notre réunion, de rendre un peu moins aride le labeur de chaque jour et assurant à nos rapports entre confrères une cordialité qui a malheureusement fait trop souvent défaut. »

Honneur et honoraires!

Maintenant que nous sommes assurés de l'honoraire, assurez-nous l'honneur, disent nos confrères syndiqués, en se tournant avec confiance vers l'association. Ils ont raison; car le Syndicat ne peut pas plus assurer l'honneur que l'association, l'honoraire. On doit même, à cause de cela, considérer comme irréalisable la clause de quelques statuts de Syndicats qui prétend obliger leurs adhérents à faire partie de l'association.

Telle qu'elle est constituée, en effet, l'association des médecins de France a le plus grand intérêt à n'admettre parmi ses membres que des confrères d'une parfaite honorabilité et à rejeter tous ceux qui seraient devenus indignes. A ce prix seulement, elle peut exercer l'influence moralisatrice et obtenir les améliorations et les réformes qui servent la dignité de la profession et ses justes aspirations.

Tout autre est l'intérêt des Syndicats. Ils ne seront efficaces qu'à la condition de comprendre tous les praticiens d'une même region. De quoi s'agit-il, en définitive? De supprimer la concurrence en fixant un tarif minimum accepté par tous, soit pour l'honoraire particulier, soit pour la rétribution des charges médicales publiques. Il est peu croyable que les médecins qui jouissent de la confiance générale soient tentés de se soustraire à ce minimum; mais il suffirait que quelques autres, ou plus jeunes, ou moins scrupuleux, restassent en dehors de la convention pour rendre vains les efforts du Syndicat.

Ce n'est pas à dire que les Syndicats ne soient pas profitables à la moralité professionnelle. Car l'habitude de se trouver réunis et de se concerter fera dissiper bien des préventions, arrêtera bien des luttes fratricides. Mais cette action ne leur est pas absolument essentielle, tandis qu'elle est de l'essence même de l'association.

Les rôles ainsi définis, rien n'est plus facile, semble-t-il, que de déterminer les relations des deux institutions.

Entre l'association, qui puise sa principale force dans l'union de toutes les Sociétés locales, et les Syndicats qui seront d'autant plus efficaces qu'ils seront plus restreints et plus indépendants les uns des autres, il ne peut exister aucune communauté d'intérêts. C'est d'ailleurs ce que les présidents de Syndicats qui ont lu des communications dans nos assemblées. M. Rafaillac et M. Lasalle, ont reconnu expressément.

Mais ne convient-il pas de reconnaître entre ces deux institutions qui contribuent si activement l'une et l'autre à l'amélioration du bien-être, dans la famille médicale, un trait d'union sympathique?

Votre commission pense que rien ne serait plus désirable. Plusieurs cependant, parmi nos collègues de l'association, opinent pour la séparation absolue. « Laissons, disent-ils, les Syndicats se développer librement hors de nous; l'association est une chose, le Syndicat en est une autre; chacune peut être utile, mais l'association a marché sans le Syndicat jusqu'à ce jour, pourquoi la lancer dans une voie nouvelle, aventureuse? Attendons du moins que les Syndicats aient donné leur mesure et ne nous engageons pas avec eux, même comme conseil ou comme tribunal d'honneur, sans avoir bien calculé l'étendue des obligations que ces tiers nous imposent. »

Si nous sommes décidés à renfermer l'association dans le cercle étroit des Sociétés de secours mutuels, l'objection est excellente et vous n'avez, Messieurs, qu'à passer à l'ordre du jour. Mais alors il ne faut plus prétendre à exercer une action moralisatrice sur le corps médical, à le défendre contre les empiètements illégaux, contre l'exploitation sous ses multiples formes, à améliorer les conditions matérielles de la profession, à faire autre chose, en un mot, que servir des secours éventuels et des pensions viagères.

Si nous voulons, au contraire, suivre la grande tradition ininterrompue depuis l'origine de l'association, sauvegarder l'honorabilité et protéger tous les intérêts du corps médical, il est impossible de méconnaître l'importance d'un fait aussi considérable que l'apparition simultanée des Syndicats sur tous les points de la France, et nous serions inexcusables de le repousser par une fin de non recevoir au moment même où se manifeste hautement le désir d'une entente tout à l'honneur de l'association.

Sauvegarder l'honorabilité ne consiste pas seulement à ouvrir les portes de l'association à tous les confrères honorables et à exclure ceux qui sont devenus indignes. L'association remplit une fonction plus haute: partout où naissent des organisations nouvelles, elle a le devoir de s'enquérir de leur influence utile ou funeste sur les intérêts moraux du corps médical et d'user de toute son influence pour favoriser les unes et redresser les autres.

Les Syndicats ont déjà amélioré sensiblement l'honoraire partout où ils existent. Ce n'est pas un progrès à dédaigner. Mais ils peuvent dépasser le but, compromettre par certains abus la situation honorable dont nous jouissons dans l'estime publique. Devons-nous rester indifférents, et, par cette indifférence systématique, renoncer à la possibilité de les ramener à une appréciation plus conforme aux véritables intérêts de tous?

N'oublions pas qu'ils font appel à notre concours, à nos conseils et que l'on peut d'autant moins leur imputer un esprit de rivalité hostile que, sur cinquante-deux présidents de Syndicats, dans les arrondissements pourvus de Sociétés locales, cinq seulement ne font pas partie de l'association, vingt font partie des bureaux de leurs Sociétés respectives, cinq comme vice-président et quatre comme présidents.

Bien mieux : leurs représentants s'accordent à proclamer que le Syndicat est le complément naturel et nécessaire de l'association.

Et ce n'est pas seulement pour les questions d'honoraires que les Syndicats peuvent être le complément utile de l'association. Ils peuvent lui rendre des services divers.

On a représenté, non sans une évidente exagération, l'association comme un composé de confrères heureux venant en aide, par une sorte de dévouement

charitable, à des confrères moins favorisés. C'est un point de vue faux, injuste, inacceptable, puisque chaque associé paie une égale cotisation et que chacun à son tour est exposé à des revers qui le mettent dans l'obligation de recourir à l'épargne commune; un point de vue cependant qui n'est pas sans quelque apparence de vérité dans les départements où, comme dans le nôtre, toutes les influences importantes sont concentrées dans une grande ville. Or, ce malentendu qui ne manquerait pas de grossir, chemin faisant, d'où provient-il? Uniquement de l'impossibilité où nous sommes de réunir fréquemment, de traiter souvent et avec la minutie qu'elles comportent nos petites affaires professionnelles. Il est vrai, d'ailleurs, que la situation des médecins dans les campagnes ressemble trop peu à la situation des médecins dans les villes pour que ceux-ci apportent d'eux-mêmes une grande ardeur à rechercher les causes et les remèdes du mal dont souffrent leurs confrères. Mais la bonne volonté ne fait pas défaut et il suffirait qu'ils fussent mieux informés pour agir utilement.

Les Syndicats seront excellemment des foyers d'information et, par suite, des ferments d'action pour nos associés. Les doléances jusqu'ici mal articulées parce qu'elles étaient trop générales, prendront un corps précis; chaque région, chaque commune présentera un nombre de faits sur lesquels il sera possible d'appeler une décision des tribunaux, soit de l'administration. Prenons un exemple : le préfet propose une allocation pour une fonction médicale administrative. L'allocation n'est pas en rapport avec le service demandé. Tous les médecins de la région syndiqués refusent; vient un irrégulier qui accepte. Il y a fort à parier que le préfet n'attachera pas grande importance au choix du candidat. Peut-être même, si le fait est isolé, sera-t-il difficile de faire entendre à ce magistrat qu'il a été mal inspiré dans son choix. Mais que la même chose se produise dans plusieurs communes et que le bureau de l'association, saisi par les Syndicats, intervienne auprès du préfet pour lui faire comprendre la déconsidération qui pèsera sur ce service : croyez-vous qu'un administrateur soucieux des intérêts moraux de son département ne prêtera pas une oreille attentive? et qu'il y sera d'autant mieux disposé que les observations seront présentées par des personnes plus désintéressées, plus autorisées, et parlant au nom d'une profession libérale et d'un service public?

Dans ce cas, le concours des deux institutions aura été utile. Il en serait de même dans un grand nombre de circonstances et particulièrement dans les difficultés d'ordre déontologique, les unes pouvant être écartées ou tranchées à l'amiable par la réunion syndicale, les autres plus compliquées, soumises au jugement de l'association.

Les Syndicats seront encore des comices préparatoires de nos élections au conseil administratif, et ce sera un bien; car, le plus souvent, ces élections se font sans concert préalable, un peu au hasard.

Qu'on le veuille ou non, il est inévitable que les Syndicats, composés des mêmes personnes, à peu près, que l'association, exercent sur elles une action décisive. Serait-il prudent, serait-il juste, ne serait-il pas plutôt désastreux de méconnaître ces relations intimes et de créer un antagonisme stérile dont le résultat final serait de faire perdre en partie les bénéfices de l'une et l'autre institution?

Votre commission pense, au contraire, qu'il importe de rechercher les conditions d'une entente sincère et que le mieux est pour cela de bien définir les rôles respectifs.

L'association générale, constituée sur de larges bases, a acquis par une longue existence la notoriété, l'autorité, la fortune. Elle doit rester elle-même : la grande sauvegarde des intérêts moraux et la source des bienfaits de la mutualité.

Les Syndicats, complément de l'association et incitateurs de son action, doivent rester indépendants les uns des autres ou rattachés entre eux seulement dans les limites des circonscriptions de nos sociétés locales. Chaque région comporte effectivement certaines conditions particulières de l'exercice médical et c'est dans ces particularités que l'entente est vraiment utile.

Mais en quoi la fédération des Syndicats servirait-elle les intérêts professionnels? Quel est l'intérêt général que l'association ne soit pas mieux en mesure de satisfaire?

M. Duprada, président du Syndicat de La Réole, nous écrit : « Je n'ai jamais conçu l'utilité des Syndicats qu'avec un caractère local et comme institution parallèle à l'association générale. La jeune génération médicale s'est lancée dans la question des Syndicats locaux, aujourd'hui départementaux, bientôt suivis d'un comité central à Paris, une loi en ce moment en discussion devant les chambres, permettant légalement peut-être aux Syndicats ce qu'elle ne permet pas à l'association. Je prévois donc, dans l'avenir, un antagonisme, un amoindrissement peut-être pour l'association, simple Société de secours mutuels, en face de sa rivale qui, de par la loi, pourra aborder les grandes questions professionnelles, pourra acquérir, posséder, et sera, par le fait même de son existence, reconnue d'utilité publique. Pour éviter l'éparpillement des forces, les froissements, les compétitions, ne serait-ce pas à l'association de prendre les devants et se transformer purement et simplement en Syndicat général des médecins de France? »

Sans aucun doute, et les rapports de MM. Martineau et Foville n'ont pas sous-entendu autre chose, croyons-nous, lorsqu'ils ont prudemment réservé leurs conclusions jusqu'à l'époque où la loi sera votée. Dès ce moment, il n'est aucun bénéfice légal dont notre fédération depuis longtemps tolérée ne puisse jouir à légal des associations les plus favorisées.

Dire que les Syndicats pourront, quelque jour, exercer une action plus étendue et plus efficace que l'association générale, c'est propager une erreur; dire que l'association ne profitera pas de toutes les issues ouvertes par le législateur pour y faire pénétrer les progrès attendus des médecins de la campagne et de la ville, c'est méconnaître sa passion maîtresse : le désir ardent d'améliorer en tous points le sort de tous ses membres.

Si nous ne voyons aucun avantage à la fédération, surtout lorsqu'il sera bien avéré que les Syndicats trouvent dans l'association la puissance collective

qu'ils recherchent, nous y voyons, comme M. Duprada, un grand danger : sous prétexte de Syndicat et d'association, la division se mettra dans nos rangs, les conquêtes péniblement acquises seront perdues, l'antagonisme des chefs et la concurrence avilissante, chez tous, achèveront notre défaite au grand profit de ceux qui nous exploitent.

Le mal peut être plus grand encore.

La principale, je dirais presque l'unique objection contre les Syndicats, s'est élevée avec la vivacité d'une révolte de conscience :

« La réforme demandée par les Syndicats constitue, à mon avis, dans quelques-unes des prétentions émises, l'omnipotence la plus grande qu'on ait imaginée jusqu'à ce jour, dans la corporation médicale du moins, car elle met entre les mains des membres du bureau syndical, l'indépendance, la liberté dont, à juste titre, est si fier le médecin. Par l'engagement qu'on exige de lui, il abdique son indépendance. »

Ainsi s'exprimait, l'année dernière, M. Martineau devant l'assemblée des délégués. Devant la même assemblée, un an après, M. Foville ne cachait pas que l'institution des Syndicats est déjà agitée par deux courants contraires la poussant, l'un vers la concentration jacobine et l'aliénation de l'indépendance individuelle au profit d'une collectivité dirigeante, l'autre vers la forme libérale qui régit notre propre Société.

La première rompra certainement tous les liens qui rattachent ses membres à l'association et tentera de faire revivre cet état particulier qui, sous le nom de *corporation*, avait autrefois engendré pour les corps de métiers une lourde servitude : « Ce n'était pas seulement contre le dehors que la corporation déployait son égoïsme ; elle supprimait au dedans d'elle-même ceux de ses membres qui n'étaient, pour ainsi dire, que les appendices des autres. » (Henri Martin).

Aucune alliance n'est possible entre une telle institution et l'association générale. Notre devoir sera toujours d'éclairer nos confrères sur les dangers, qu'elle prépare et c'est notre devoir aussi de favoriser l'extension des Syndicats établis sur des bases libérales.

Le danger n'est pas d'ailleurs toujours facile à discerner, et l'on peut affirmer qu'il échappe à la plupart de ceux qui souscrivent des conditions comme celles-ci : « Tous rapports confraternels sont interdits entre les médecins syndiqués et les exclus, » et aussi : « Les noms des clients récalcitrants seront inscrits sur un *livre noir*, dont le président aura seul le dépôt. Les soins médicaux leur seront refusés jusqu'à ce qu'ils aient justifié du règlement avec le confrère précédemment appelé. » De telles mesures sont amenées, il est vrai, par la logique des choses, puisque la coalition, destinée à supprimer la concurrence des tarifs, n'a pas d'autre sanction. Mais ici, comme en tant d'autres occurrences, est-il prudent, est-il avantageux de pousser la logique à l'extrême? N'est-il pas permis d'espérer que l'intervention des Bureaux de l'association auprès des chambres syndicales aura pour effet utile de faire supprimer ou modifier les articles statutaires dont le danger pour l'honorabilité professionnelle apparaîtrait après mûr examen!

Le Syndicat, dans une profession libérale, n'est pas en tous points comparable à un Syndicat d'ouvriers ou de patrons. On peut douter que le mot lui-même soit heureusement choisi, précisément parce qu'il entraîne, par cette piperie propre aux mots courants comme aux phrases toutes faites, à assimiler des choses dissemblables et les soumettre aux mêmes lois tandis qu'elles ont des exigences d'ordre différent.

Que les médecins de chaque zone de clientèle forment des cercles, qu'ils organisent des réunions et que, dans ces réunions périodiques, ils s'engagent réciproquement à observer certaines règles déontologiques, certaines conventions de tarifs au-dessous desquels il ne sera pas permis de descendre sans forfaire, le public n'aura rien à reprendre, l'opinion acceptera sans murmure toutes les réformes ainsi introduites dans les rapports de médecin à client, et les médecins eux-mêmes, engagés d'honneur, se sentiront aussi solidement liés que par tous les statuts du monde. Aucune susceptibilité n'étant froissée, le médecin gardera vis-à-vis de ses clients une position honorable et pas un confrère n'hésitera à entrer dans la convention professionnelle.

Le titre de Syndicat, au contraire, donné aux mêmes réunions, éveille l'idée d'une coalition, d'un antagonisme affiché, de guerre ouverte, d'appel sec au droit de grève. *Summum jus, summa injuria!*

Malheureusement le mot est consacré. Il serait oiseux d'insister, ici du moins, sur ses inconvénients; il ne l'est pas d'insister sur la nécessité pour les cercles syndicaux d'user d'une très grande réserve à l'égard du public et à l'égard des confrères qui, n'appartenant pas au Syndicat, n'en restent pas moins des hommes respectables.

Sans doute, on doit exclure d'une association quiconque ne remplit pas les conventions du contrat. Mais les Syndicats doivent prendre garde de créer, à côté d'eux, un camp des irréguliers capable de les tenir en échec; prendre garde aussi d'entretenir dans le public une irritation hostile, par exemple en inscrivant les noms des clients récalcitrants ou retardataires sur un *livre noir*, qui passe des mains d'un président dans celles de tous ses successeurs, ou bien en dressant ostensiblement des catégories par rang et fortune depuis les hauts fonctionnaires et les banquiers jusqu'aux domestiques et gens à peine solvables, comme on l'a fait dans le Lot-et-Garonne.

Toutes ces mesures sont, en soi, très légitimes; mais elles sont dangereuses. Livrées au public méfiant, elles ne manquent pas d'éveiller l'attention narquoise de ces critiques dont les coups font si bien le jeu des charlatans de tout ordre, et nous amoindrissent.

Il n'est pas jusqu'à la formule uniforme des comptes d'honoraires, envoyée périodiquement avec l'estampille du Syndicat, qui ne soit plus propre à éloigner qu'à entraîner les meilleurs de nos confrères. C'est, en effet, dans cette particulière correspondance, comme dans tout le genre épistolaire, un point essentiel et délicat d'approprier la lettre à la qualité des personnes et à la nature des relations qui nous les attachent. Bien des clients seront froissés de trouver entre eux et le confident de tous les jours, cette abstraction syndicale dont l'aspect aura quelque chose de commercial ou de comminatoire.

Cela est-il utile d'ailleurs? En aucune façon.

Mais ce qui est absolument utile et doit préoccuper sans cesse l'association, dans ses relations avec le Syndicats, c'est de ne jamais perdre de vue ce principe, moins platonique qu'il n'en a l'air; le degré d'honorabilité de la profession fera le taux de l'honoraire.

Nous en avons la preuve dans les grandes villes. Le corps médical y jouit d'une incontestable considération. Aussi lui a-t-il été toujours facile d'élever graduellement l'honoraire, par simple accord tacite.

Tout ce qui sera entrepris en vue de l'élévation du taux de l'honoraire et de son recouvrement sera bien et sera durable à la condition de ne rien sacrifier de la dignité et de l'indépendance du médecin.

C'est ainsi que l'ont compris les Syndicats de la Gironde, et c'est parce qu'ils comptent pour cela sur l'influence, sur les conseils de l'association qu'ils se montrent animés du désir de nouer avec elle des liens étroits. On n'en saurait douter, en lisant dans tous les statuts, cette clause : « en cas de dissolution, les fonds du Syndicat seront versés à la caisse de la Société locale ou à la caisse des pensions. »

Une seule chose pourrait les éloigner de la direction libérale qu'ils ont prise et les emporter hors du giron de l'association, vers une fédération spéciale, ce serait la froideur ou l'abandon de l'association elle-même.

Jusqu'aux points les plus reculés de l'organisme médical, la vie se réveille avec une intensité évidente. Il serait aussi téméraire de la laisser affluer uniquement vers les extrémités que vers la tête ou le cœur. Un juste équilibre peut seul donner le maximum de force utile; or, cet équilibre n'est réalisable désormais que par une fédération, fédération des Syndicats entre eux ou fédération par l'association générale des médecins de France.

L'association a ainsi le devoir de favoriser et de conseiller les Syndicats, de les fortifier de sa haute influence, de poursuivre avec eux toutes les justes revendications de notre profession.

Afin de généraliser l'entente, rien ne serait plus facile que de proposer un modèle de statuts très simple, très courts, émondés de ce superflu qui affaiblit la portée du plus grand nombre. Et par ce superflu, nous entendons tout ce qui n'est pas indispensable à l'élévation et au recouvrement de l'honoraire.

En résumé, Messieurs, votre commission pense que les Syndicats seront, pour la famille médicale, un bien ou un mal, une source de profits légitimes ou de déconsidération finalement ruineuse; pour l'association, un complément nécessaire ou un ferment fatal, selon la direction qui leur sera imprimée.

Pour ces motifs, elle estime qu'il ne faut pas ajourner plus longtemps la solution d'un problème inéluctable; qu'il est urgent pour l'association générale d'intervenir et de régler les rapports sympathiques qui doivent unir les deux institutions en les fortifiant l'une et l'autre.

En ce qui nous concerne, la commission vous propose de décider :

1° Que la Société locale de la Gironde considère les Syndicats, tels qu'ils sont constitués actuellement dans le département, comme un complément utile de sa propre action, pouvant l'aider à améliorer le bien-être des médecins et à exprimer les justes revendications de la profession ;

2° Qu'elle se met à la disposition des Syndicats comme tribunal d'honneur dans les difficultés déontologiques qu'ils jugeront opportun de lui soumettre.

II

Nos lecteurs ont suivi avec intérêt, nous n'en doutons pas, toutes les phases du rapport de l'honorable M. Hameau que nous publions aujourd'hui. Ils penseront, comme nous, qu'il n'y avait pas là de quoi effrayer les dignitaires de l'association de la Gironde qui ont cru devoir, en manière de protestation, donner leur démission à la suite du vote, par une écrasante majorité, des conclusions pourtant si modérées qu'on y trouve formulées.

Nous ne voudrions pas qu'on puisse supposer que les Syndicats sont vus avec la même défiance par tous les bureaux des associations locales. Il s'agit, au contraire, d'un fait en quelque sorte exceptionnel, trouvant son explication dans des raisons purement locales qu'il est inutile de rechercher ici. Nous voulons seulement, aujourd'hui, faire remarquer combien est différente l'attitude prise par l'association du Cher : à ce point de vue, nous pensons qu'on nous saura gré de donner les extraits suivants du discours prononcé, le 7 juin dernier, par l'honorable M. Burdel, président de cette association.

Dr. A. B-D.

Association médicale du Cher

Séance du 7 juin 1883

Extrait du discours de M. le Dr Burdel, de Vierzon, Président

Messieurs, après avoir exposé notre situation comme Société de secours mutuels, et parlé des actes de bienfaisance qu'elle nous impose, nous devons vous entretenir des questions les plus importantes, questions qui doivent aujourd'hui, non pas nous faire voir l'*Association sous un nouveau jour*, NI SOUS UN NOUVEAU NOM, mais qui doivent contribuer, en lui donnant une impulsion et une vigueur nouvelles à nous tenir en éveil pour la défense de nos intérêts professionnels.

Si vous le voulez bien, la séance sera donc consacrée à vous exposer ce qui, sur ce point, à été fait par les différents groupes de notre Association établie dans plusieurs régions de notre département. réunis en Cercles syndicaux.

MM. les docteurs Bonnichon, président du Cercle syndical de la région sud, et Courrèges, secrétaire du Cercle de la région nord, que nous remercions d'avoir bien voulu répondre avec empressement à la demande que nous leur avons faite, vont vous donner un aperçu du fonctionnement des Syndicats qu'ils ont contribué à établir dans leur région; et vous verrez que la création de Cercles syndicaux ou Syndicats si vous l'aimez mieux, tels qu'ils l'ont compris et tels que nous le comprenons nous-même, que ces Cercles, émanés de l'Association et fondés par

elle, en sont bien véritablement le complément, je dirai plus, en sont la partie active.

L'Association générale, pas plus que notre association locale, nous devons le dire, n'a attendu que la loi sur les Syndicats soit sortie des Chambres et votée, pour lutter et nous défendre contre tout ce qui nuit et qui porte ombrage à nos intérêts professionnels; si vous voulez vous en assurer, compulsez, Messieurs, les actes qui datent déjà d'un quart de siècle et qui sont le résultat de nos travaux; notre honorable secrétaire, qui, lui aussi, n'a pas craint sa peine pour mettre en ordre nos comptes-rendus annuels de l'association, vous dira qu'elle n'a été ni inerte ni indifférente et qu'elle a étudié, discuté et tenté de résoudre, avec tout le dévouement et le soin possibles, les questions remises aujourd'hui à l'ordre du jour par les Cercles syndicaux.

Mais est-ce à dire, parce que ces questions n'ont pas reçu toutes les solutions désirables, que nous devions en rester là, attendant qu'on nous fasse des lois et que ces lois nous soient favorables; non, Messieurs, et je comprends parfaitement l'impatience de nos jeunes confrères qui, entrant dans la vie médicale militante, et croyant en trouver toutes les voies aplanies, sont étonnés et effrayés de rencontrer tant de difficultés et d'obstacles.

L'association est loin de se faire illusion sur ce point; elle sait, au contraire, que sa mission n'est pas terminée, car c'est au contraire maintenant qu'elle a pu, après tant d'efforts, réunir de tous les points de la France les forces qui lui sont nécessaires, qu'elle a passé la période la plus difficile de son existence et qu'elle est enfin dans sa virilité, c'est maintenant qu'elle veut et peut lutter, avec plus d'avantage, avec nous et pour nous.

Vous pouvez être assuré, et je puis me permettre de vous le certifier, c'est que l'association générale veille pour nous et nous pouvons compter que nous avons en elle un appui sérieux : qu'il s'agisse de grandes ou petites questions, que ces questions soient générales ou locales, qu'elles soient même individuelles.

Cependant, et c'est sur ce point que j'appelle votre attention, comme l'association générale ne peut connaître que par nous-même nos intérêts particuliers, nos besoins et ces mille petites questions de la vie pratique, qui sont pour nous questions vitales; c'est à nous d'abord qu'il appartient de les étudier et de les discuter. — C'est pour cela que, l'an dernier, si vous vous le rappelez, d'un commun accord, nous avons trouvé nécessaire de nous réunir, en groupant par localités, régions ou cantons, afin de discuter à meilleur escient tous les points importants et difficiles de notre vie médicale, car, je l'ajoute encore, c'est nous seuls qui pouvons sentir et apprécier quels sont ces points, leur nature, et quels sont ceux qui peuvent nous être favorables ou nuisibles, ce que nous avons à faire pour les améliorer, j'oserais presque dire pour perfectionner nos conditions professionnelles. — Et, lorsque ces efforts partiels auront été tentés dans chacun de ces petits centres, s'il devenait utile, afin d'arriver à une solution plus avantageuse et plus prompte, de nous éclairer par la mutualité, que chaque centre, suivant le besoin, vienne demander le concours et les lumières de ceux qui les entourent et dont l'ensemble forme l'association départementale. C'est là qu'on pourra juger et apprécier la force et la cohésion que donne l'union; enfin lorsque ces questions auront un caractère général, intéressant non-seulement les médecins d'une région, d'un département et plus encore les médecins d'un grand nombre de départements, c'est alors qu'il sera important, je dirai indispensable, d'augmenter nos forces en nous communiquant nos travaux et en unissant nos efforts à ceux concentrés au foyer commun, je veux dire l'association générale.

Là, nous serons assurés, dans la mesure du possible, d'obtenir non pas l'aplanissement de tous les obstacles qui souvent se dressent autour de nous, mais la solution favorable de bien des causes difficiles et délicates. Vous jugerez de la vérité de mes paroles en lisant, dans l'Annuaire de cette année, le compte-rendu de M. Foville, notre secrétaire général; vous verrez que, grâce au nom et à l'autorité des éminents confrères que vous avez mis à la tête de l'association générale, bien des questions générales et particulières, d'un caractère difficile, ont été heureusement résolues, et j'ajouterai grâce aussi aux avocats distingués du barreau de Paris, qui ont bien voulu mettre à notre service, et avec le plus grand désintéressement, leurs lumières et leur talent.

C'était autrefois, Messieurs, les Commissions administratives de notre association qui, de concert avec le bureau, avaient mission d'étudier et discuter toutes les questions se rattachant à nos intérêts professionnels; et je crois pouvoir dire que tant que ces Commissions ont été appelées à fonctionner, elles n'ont rien négligé pour cette étude afin d'arriver à des solutions heureuses. Malheureusement, sous l'influence de l'état de santé de notre Président, le docteur Lhomme, à l'éloignement des membres qui composaient ces Commissions, à la difficulté de les réunir, se joignit une espèce de découragement de ne pouvoir arriver à des résolutions plus promptes et plus efficaces, ces Commissions suspendirent leurs travaux attendant des temps meilleurs.

Ces temps sont-ils arrivés?.... Nous l'ignorons, mais nous voulons l'espérer, car nous sentons comme un souffle puissant passer au-dessus de nos têtes et agiter nos régions médicales, et ce souffle nous semble tout imprégné d'activité et de jeunesse. Eveillons-nous donc et mettons ce mouvement à profit. Aussi, ce que nos Commissions administratives n'ont pu achever, c'est aux cercles syndicaux, composés de membres résidant dans un ou plusieurs cantons voisins, qu'il convient de confier cette œuvre en étudiant de nouveau toutes ces questions et en les mettant au niveau des exigences sociales. Cela peut se faire avec d'autant plus de facilité que ces groupes, composés de membres résidant dans la même localité, peuvent se voir fréquemment et se réunir souvent à des époques fixes ou indéterminées suivant l'urgence.

Il y a aujourd'hui, Messieurs, d'autant plus d'opportunité à reprendre toutes ces questions et à former ces cercles que les années qui se sont écoulées depuis lors ont étrangement modifié les conditions de la vie sociale; que les prix de tout ce qui touche à la vie matérielle sont si élevés aujourd'hui, qu'il est important de mettre les honoraires en rapport avec ces besoins.

Aussi est-ce l'importante question de l'établissement d'*un tarif moyen* des honoraires, que tous les cercles syndicaux, qui se sont fondés depuis peu dans un grand nombre de départements, ont voulu étudier et résoudre, la regardant avec raison comme le point capital de la pratique médicale, point qui intéresse autant nos vieux que nos jeunes confrères.

C'est donc là, vous en conviendrez avec moi, un des points essentiels qui demande à être établi d'une façon sérieuse et vers lequel doivent venir se grouper tous ceux qui en découlent.

C'est le point capital, — car après avoir fixé le prix moyen de vos honoraires, les avoir élevés suivant la population et le milieu dans lequel vous êtes appelés à pratiquer, vous devez chercher encore quels sont les meilleurs moyens à employer pour recouvrer ces honoraires afin de ne blesser ni vos clients ni vos intérêts.

Demandez, si vous le voulez, à nos gouvernants, à nos députés, à nos sénateurs, s'ils veulent bien penser à vous, s'ils veulent faire des lois plus équitables que celles auxquelles nous sommes soumis; s'ils veulent combattre l'exercice illégal de la médecine, attaquer les rebouteurs, les charlatans, tous ces innombrables parasites de la médecine qui pullulent en tous lieux, aussi bien dans les grands centres que dans les campagnes les plus isolées, mais laissez-nous vous dire, à nous vos aînés, nous les membres fondateurs de l'association qui, bien avant vous, avons étudié les bonnes choses, discuté et combattu pour tous, nous à qui les années ont donné l'expérience en enlevant bien des illusions et qui néanmoins voulant combattre encore avec vous; laissez-nous vous dire que s'il est des points, comme par exemple ceux qui touchent aux honoraires, que vous pouvez mener à bien, vous en trouverez d'autres de difficiles et d'ardus pour la solution desquels il faudra non seulement de la patience, mais une grande somme de sagesse, d'habileté et de savoir, que vous en rencontrerez aussi que le *temps seul* pourra résoudre; qu'enfin, il en est contre lesquels vous viendrez vous heurter en vain, nous ne voulons pas seulement parler des empiriques, contre qui nous pouvons obtenir, une fois sur mille, des condamnations dérisoires que le public transforme aussitôt en lauriers et en piédestal, mais bien de la bêtise humaine contre laquelle toute raison possible vient échouer.

Du temps de Molière, il fallait encore bâtonner Sganarelle pour en faire un médecin; aujourd'hui, il faut moins de cérémonie et, pour un peu, le public se ferait volontiers bâtonner pour obtenir la consultation de Sganarelle; car plus l'empirique et ses remèdes sont idiots et grossiers, plus il y a affluence de public.

Mais j'oublie que vous allez justement entendre sur ce point deux confrères (1) qui vont vous entretenir des cercles syndicaux établis et fonctionnant déjà pour veiller à nos intérêts; aussi me bornerai-je en terminant cette allocution, peut-être trop longue, à vous rappeler que, dans cette question qui nous rassemble aujourd'hui, l'association médicale, semblable à la ruche d'abeilles, n'entend pas seulement travailler pour donner un peu de son miel aux déshérités, aux infirmes, aux malades, mais elle demande à ce que, restant le centre commun et actif des efforts de tous, ce soit toujours vers elle que nous nous rassemblions, afin qu'en nous unissant nous puissions lutter avec avantage dans la bataille de la vie et repousser victorieusement les frelons toujours disposés à vivre à nos dépens.

(1) MM. Bonnichon et Courrèges dont nous avons déjà publié le travail; voir le *Concours*, pages 574 et 575.

REVUE DE LA PRESSE

Syndicat et Caisse des Pensions de droit (1)

(*Suite*).

On ne peut, à l'heure présente, demander à l'Association de prendre officiellement sous son patronage ou de s'assimiler une institution tolérée seulement. Les syndicats médicaux ou autres, n'ont pas en effet d'existence légale; ce qui ne les empêche pas de se fonder et de fonctionner au grand jour depuis plusieurs années; les corporations qui n'en ont pas, seront bientôt à l'état d'exception. Une neutralité bienveillante, à défaut de sympathie, nous eût semblé de bonne politique jusqu'au jour où la loi sur les syndicats, pendante devant les Chambres, aura permis à l'Association de se mettre résolument à la tête du mouvement pour la défense des intérêts professionnels. A elle, le soin de veiller à la réforme de la législation et aux questions d'ordre général; aux syndicats, celui de pourvoir aux mesures locales qui varient suivant les régions.

(1) Voir le *Bulletin des Syndicats* d'octobre, *in Concours médical* du 3 novembre.

Dans la Loire et la Haute-Loire, il n'existe qu'un syndicat: celui de Brioude. Trois de ses membres ont cru devoir se séparer de l'Association, alléguant que la nouvelle création répondait à toutes leurs aspirations. Cet enthousiasme de néophyte ne suffira pas à transporter les montagnes, ni à faire voter plus tôt la nouvelle loi qu'ils réclament (avril 1883) pour réglementer l'exercice de la médecine. Espèrent-ils être mieux écoutés que l'Association! Il nous sera permis d'en douter, après avoir vu éconduire des voix beaucoup plus autorisées.

Une autre tentative pour former un syndicat a été faite, il y a un an ou deux, dans l'arrondissement de Roanne; elle n'a pas abouti. Toutefois, l'échec n'a été que relatif, puisque de la réunion préparatoire est née l'idée d'élaborer un tarif relevant notablement les honoraires, ce qui assure en fait, une partie des avantages du syndicat. A Saint-Etienne, comme dans les grandes villes du reste, cette constitution rencontrerait plus de difficultés. Le tarif d'honoraires mis en vigueur depuis plus de dix ans par notre *Société de Médecine*, en rend l'absence moins sensible; nous croyons même que l'adoption et la vulgarisation de ce tarif, dans son esprit sinon dans sa lettre, n'est pas étrangère à l'abstention constatée jusqu'à ce jour dans

la Loire. Nous ne voulons pas inférer de là que les syndicats seraient inutiles et ne réaliseraient aucune amélioration nouvelle.

En résumé, nous ne découvrons aucun antagonisme entre cette institution et l'Association, et nous sommes d'avis qu'elles doivent se compléter mutuellement.

III° *Caisse de secours et de pensions.* — Nous abordons le rôle principal et légal de l'Association de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France. De 1859, date de sa fondation, à 1874, l'état de ses finances ne lui a permis de distribuer que des secours temporaires. Avec une cotisation annuelle de 12 francs par tête, on ne peut se montrer trop exigeant, et des impatiences généreuses eussent compromis l'avènement de la caisse des pensions d'assistance. En 1874, cette caisse commence à fonctionner et distribue 14 pensions viagères s'élevant à 5,300 fr.

En 1883, il y a 71 pensionnés (1) pour 30,500 fr., ce qui donne une moyenne de 430 fr. par tête et un capital de 593,025 fr.

Il est en outre distribué, tant par l'Association générale, que par les Sociétés locales, des secours temporaires aux veuves, orphelins, étrangers, se chiffrant, en 1832, par 40,870 fr.

Au total, l'avoir général de l'Association (Sociétés agrégées comprises) atteignait, au 31 mars 1883, la somme de 1,673,751 fr. 81 cent.

Ces résultats, vu la modicité des cotisations, sont certainement remarquables; mais il serait injuste d'oublier que de généreux donateurs viennent annuellement grossir les recettes par leurs offrandes.

Les pensions distribuées sont personnelles; les déshérités de la profession, infirmes ou malades, y ont seuls droit; ce sont, en un mot, des pensions d'assistance, de charité, comme on veut les appeler.

Certains esprits ont eu l'idée de faire faire un pas de plus à l'Association et de l'inviter à constituer des pensions de droit moyennant une annuité plus élevée. La proposition fut repoussée pour les raisons suivantes (1881) :

1° Le petit nombre des assurés et la difficulté de constituer ainsi un capital suffisant pour la marche de l'œuvre, (on demandait un minimum de 1000 adhérents) ;

2° La léthalité particulière des médecins;

3° La difficulté de faire des placements avantageux.

La question paraissait oubliée, lorsque le 17 février 1883, M. le docteur Ordonneau publia dans le *Concours Médical* un article sur la Fédération médicale belge, dont voici les traits essentiels :

En 1869, sur l'initiative du docteur Schœnfeld, de Bruxelles, des médecins, pharmaciens et vétérinaires belges, se réunissaient en assemblée générale pour fonder une caisse de pensions. Ils étaient 230. Chaque membre au-dessous de 40 ans versait une cotisation annuelle de 50 francs ; à partir de cet âge, la cotisation était portée à 100 francs. La retraite donnant droit à la pension était fixée à 64 ans. Cependant des pensions pouvaient être accordées en cas de maladie ou de décès du pensionnaire ; celles-ci étaient réversibles sur la veuve, les orphelins ou les ascendants. Le capital et le revenu devaient être réservés pendant 10 ans. Après la 10me année, le capital montait à 495,000 fr.; des frais divers prélevés, restaient 49,084 fr. à distribuer en pensions. — En 1882, le capital se chiffrait par 533,468 fr.; le nombre des membres était de 469, les décès et les démissions ayant supprimé 142 membres. Restait 49,910 fr. que se sont partagés 88 pensionnaires. A côté de cette caisse de pensions, il y a aussi une caisse de secours alimentée par des dons volontaires et abandons de pensions, destinée aux confrères malheureux, aux veuves et aux orphelins. (*Tribune*, *Concours*).

Ces résultats, vraiment remarquables constituent la réfutation la plus formelle et la plus topique des objections présentées à l'Association française, en 1881, et que nous avons rappelées plus haut; les faits priment les théories. Au reste, en tenant compte que les compagnies d'assurances sur la vie s'accordent à elles-mêmes une marge de 35 pour 0/0, en ne demandant à l'argent déposé que le taux de 3 1/2 pour 0/0, en employant les tables de mortalité usitées en pareille matière, on arrive à prouver que n'importe quelle caisse de pensions mutuelles de droit fera des *bénéfices*? Pourquoi ne chercherait-on pas à profiter soi-même des dividendes que les compagnies d'assurances distribuent à leurs actionnaires ?

La presse médicale a reproduit et commenté l'organisation de la caisse belge, et si quelques critiques se sont produites, elles ont porté principalement sur la difficulté de modifier les statuts de l'Association; cette difficulté n'est pas insurmontable; mais nous admettons volontiers que la révision viendra plus utilement après le vote du projet de loi, en discussion devant le Parlement, sur les Sociétés de secours mutuels et les caisses de retraite. Jusqu'à ce moment, qui n'est pas éloigné, il est bon que les Sociétés locales discutent la question du principe des pensions de droit et expriment leur manière de voir à ce sujet. Les voies et moyens d'application viendront ensuite ; il suffit de savoir qu'elles sont réalisables.

M. Durand-Fardel qui a lu à l'Assemblée générale du 2 avril 1883, un rapport sur le fonctionnement de la caisse actuelle des pensions viagères d'assistance, s'est borné, en présence des résultats obtenus par la Fédération médicale belge, à plaider les circonstances atténuantes : le fonctionnement de la caisse française des pensions d'assistance n'est pas le même, — personne ne l'ignore; — les plus intéressés ne pourront verser leur cotisation; — la caisse de secours peut y suppléer; — enfin il y a des lois sur la matière en préparation et en discussion. Ce dernier argument est le meilleur; mais il ne doit pas empêcher le corps médical de manifester son sentiment et d'exprimer ses vœux, afin que, le moment venu, il soit procédé immédiatement à leur réalisation.

« L'Association générale, écrit le Journal de Médecine de Bordeaux (8 avril 1883), n'est secourable « actuellement qu'aux derniers de la profession et « les 3 ou 4 mille médecins qui forment ce qu'avec « une intelligence parfaite, M. Coriveaud a appelé

(1) Les pensions, constituées par l'Association, sont toujours à capital *réservé*. (Art. 11 des statuts).

« le *tiers-état* médical, ne peuvent en tirer aucun « secours ou aucune assistance. »

Plus récemment, nous trouvons dans le même journal, (29 juillet 1882), un article intitulé : *Piperie des mots* (Montaigne), dont nous détachons le passage suivant :

« Prenons notre profession..... On y trouve en « honneur le dévouement, l'abnégation, le désintéressement, puis la dignité, l'honorabilité, la considération, l'estime publique, la gloire..... que sais-je « encore ! Grands vocables puissamment charpentés « dont nul plus que nous n'estime la valeur et l'influence, mais qu'il est essentiel de ne pas détourner « de leur sens réel sous peine de les faire choir en cet « autre qui les résume alors sous un aspect outré et « ridicule : le don quichottisme. Il ne manque pas de « médecins, — il y en a toute une catégorie dans « notre beau pays de France, — qui élèvent le culte « de ces mots et aussi de ces choses à une hauteur « presque céleste, tant elle est incalculable. Ce sont « des continuateurs de la tradition : graves partisans « de la cravate blanche, de l'habit noir, de la canne « à pomme d'or, qui pleurent sur la solennité perdue « et regrettent le temps où nos ancêtres parlaient « latin et presque jamais finances.....

« Et quand on propose un procédé pratique pour « venir en aide aux ilotes qui grouillent au-dessous « d'eux, ils se voilent la face et crient sincèrement au « sacrilège... »

La question de la création d'une Caisse de Pensions de droit intéresse vivement, croyons-nous, le Corps médical. Les plus brillantes discussions, les rapports les plus éloquents nous en apprendront moins à ce sujet qu'un simple vote des intéressés. Nous exprimons donc le vœu que, par l'intermédiaire des Sociétés locales, tous les membres de l'Association reçoivent, en même temps qu'un exposé sommaire de la question, l'invitation de se prononcer sur les points suivants :

1° Opportunité de la création d'une Caisse de Pensions de droit. — Taux de la retraite ;

2° Le principe de la Caisse étant admis, en ferait-on ou non partie ?

Resterait à choisir le système : fédération médicale calquée sur le type belge, ou Caisse de l'Etat, après la promulgation de la loi. Mais il importe d'abord de faire trancher la question de principe. — Si les partisans de la Caisse de Pensions de droit sont en minorité, il leur restera la ressource de se compter, de se réunir et d'agir eux-mêmes isolément.

A voir la persistance avec laquelle ces questions reviennent à l'ordre du jour, il nous semble incontestable que leur solution favorable répondrait à un besoin réel, à une aspiration parfaitement justifiée. Aussi, loin de considérer l'Asssociation générale, en sa forme actuelle, comme une arche sainte, sur laquelle il est interdit de porter la main, nous déclarons qu'elle est perfectible comme toutes les institutions humaines. Nous ne méconnaissons pas les services qu'elle a rendus, et nous accordons pleine justice aux hommes éminents, intelligents et généreux qui la dirigent. Comme eux, nous souhaitons ardemment la prospérité d'une institution qui nous est également chère. Mais qu'on ne s'abandonne pas à la *piperie des mots* et des sentiments. Plus les intérêts que l'Association groupera autour d'elle seront nombreux et importants, et plus elle resserrera les liens qui la rattachent à ses membres. En pareille matière, l'indifférence et le dédain prépareraient une désagrégation à plus ou moins longue échéance, et nous ne désirons qu'un accroissement continu et progressif.

Dr FLEURY.

Le Directeur du BULLETIN DES SYNDICATS
Dr A. BARAT-DULAURIER,
St-Antoine-sur-l'Isle, par St-Seurin-sur-l'Isle (*Gironde*)

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

8 Décembre 1883 Organe officiel des Syndicats des Médecins de France 5me Année. — N° 49

RÉVISION DE LA LEGISLATION MEDICALE

A NOS ADHÉRENTS

Chers confrères :

C'est un fait établi qu'à l'heure présente, les groupes tendent à se substituer aux individualités et que l'*Association* est une des puissances du jour. Le *journalisme*, on l'a dit et répété, est une des grandes forces de la Société actuelle.

Quelques personnes qui ne se rendaient pas compte de la constitution du *Concours Médical* et ne réfléchissaient pas qu'il joint la force *Association* à la force *journal* se sont étonnées de le voir entreprendre et même mener à bien des entreprises qu'elles qualifiaient de trop diverses et de trop nombreuses.

Les *Syndicats* sont nés et lui doivent leur existence. La *Caisse des pensions de droit* n'a pas encore vu le jour ; mais la commission organisatrice a siégé dimanche dernier. Elle a élaboré les *statuts*, elle les a soumis, le soir même, à une réunion de médecins, nombreuse et compétente. Nous publierons prochainement le compte rendu. Cette œuvre utile que l'Association générale, nous a-t-on déclaré en haut lieu, ne peut et ne veut, pour le moment, prendre sous son égide, nous prétendons qu'elle aurait dû s'en charger, au grand bénéfice de ses membres. Nous espérons que, plus tard, éclairée par l'expérience, comme lorsqu'il s'est agi des Syndicats, elle se décidera à lui accorder son patronage. Notre société a fait son devoir en prenant *sa part* dans l'organisation de la Caisse de pensions, souhaitée par un grand nombre de médecins.

Enfin vient d'apparaître à l'horizon des discussions parlementaires cette *Révision de la législation médicale* demandée et attendue depuis une si longue suite d'années. Est-ce notre faute, à nous, si cette importante question a été, elle aussi, regardée par l'*Association générale*, comme inopportune et non encore arrivée à maturité.

L'énergique initiative de M. Chevandier nous est un sûr garant que rien ne sera négligé pour le triomphe de la juste cause de la révision médicale.

En 1881, le 14 août, on nomma une commission spéciale des *membres du Concours*, composée, à l'origine, de MM. Margueritte, Gassot, Bibard, Decool, Landur, Monin, Chevandier et Cézilly, auxquels se sont adjoints de nombreux médecins. Les résultats de ses travaux, consignés dans le Rapport de M. le Dr Geoffroy, qu'elle avait choisi pour secrétaire, ont fourni à M. Chevandier les éléments essentiels de son rapport. Nos lecteurs vont juger par cette lecture de la phase nouvelle dans laquelle entre la question.

Non, le *Concours* n'entreprend pas trop ; non, le *Concours* n'est et ne peut être que le traducteur fidèle des désirs de ses membres. *Syndicats*, *Caisse de pensions*, *Révision de la législation*, ne seront qu'une triple manifestation de la puissance d'une société soutenue par son journal.

Toutes les entreprises nouvelles auxquelles le *Concours* se livrera, *si elles sont conçues dans les vues et l'intérêt de ses membres*, réussiront, parce que ceux-ci ne leur marchanderont pas leur appui et mettront en application leur devise : *tous pour tous*.

Le Directeur, A. Cézilly.

Erratum. — *Bulletin des Syndicats*, p. 613, 2me col. ligne 13 au lieu de « tout ce que la loi veut... » ce qu n'a pas de sens, lire : *tout ce que l'on veut*.

CHAMBRE DES DEPUTES

Session extraordinaire de 1883

PROPOSITION DE LOI

RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

PRÉSENTÉE

Par MM. Chevandier, Joubert, Bizarrelli, Devade, Couturier, Bernard-Lavergne, de Mahy, Lombard, Forné, Bacquias, Chavanne (Rhône), Députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

Frappés de l'inanité des efforts produits jusqu'à ce jour pour arriver à une modification profonde de la loi du 19 ventôse an XI, sur l'exercice et l'enseignement de la médecine et de la pharmacie, émus de l'abandon auquel cette question paraît réduite, sollicités par les doléances constantes du corps médical, des médecins se sont concertés pour étudier ensemble une proposition de loi, qui pût racheter les intérêts professionnels et sociaux de souffrances impatiemment tolérées.

Ils se sont constitués en commission (1), vers la fin de l'année 1881.

A la suite de nombreuses séances, pendant lesquelles toute la législation médicale a été examinée et discutée dans ses moindres détails et confrontée avec les besoins de notre temps, la commission a résolu de s'en tenir, pour l'heure, à rédiger une proposition de loi visant plus particulièrement trois points :

1° Les deux ordres de médecins;

2° Les conditions d'exercice de la médecine, sur le territoire de la République, par les docteurs ou gradués des universités étrangères;

3° L'exercice illégal de la médecine.

Une 4e question, celle des conditions d'études, y a été introduite par nous.

Cette commission a invité les médecins sénateurs ou députés à prendre part à ses travaux; plusieurs ont répondu à cet appel.

M. le docteur Geoffroy a été nommé rapporteur.

C'est son Rapport, œuvre trop étendue pour être affectée, telle quelle, à un exposé des motifs d'une proposition de loi, qui a inspiré notre propre travail. Il serait plus exact de dire que celui-ci n'est que le résumé de l'étude si considérable de notre éminent confrère.

TITRE PREMIER

Du personnel médical. — Unification des titres

I

Déjà notre honorable collègue, M. Hippolyte Faure, a déposé sur le bureau de la Chambre une proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie, complétée par celle de MM. Delattre et Frébault, sur la police de la pharmacie.

Prises en considération, elles ont été soumises l'une et l'autre à l'examen d'une Commission, au nom de laquelle un rapport très intéressant a été déposé le 9 juin 1883, par M. Alfred Naquet.

En le choisissant pour rapporteur, la Commission s'était souvenue qu'en 1871 et 1872, il avait pris l'initiative de proposer la révision de la loi du 19 ventôse an XI.

Alors qu'en vertu de l'initiative parlementaire, des efforts considérables, et aujourd'hui près d'aboutir, étaient faits pour dégager d'une législation ancienne une loi plus en rapport avec nos besoins et nos mœurs, concernant la pharmacie, il était impossible qu'un tel exemple ne fût pas suivi pour modifier la même loi, au point de vue de l'exercice de la médecine.

C'eût été ne tenir aucun compte des plaintes qui, chaque année, retentissent soit dans les associations médicales des départements, soit au sein de l'Association générale des médecins de France, soit dans la presse. C'eût été montrer peu de déférence pour les hommes qui, dans des rapports nombreux, se sont faits les défenseurs zélés des intérêts solidaires des médecins et de la société.

Comment oublier que, naguère, en 1879, à la suite du concours régional de Marseille, les médecins et les pharmaciens de la région se réunirent pour étudier ensemble les lois et les règlements qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie; qu'ils émirent une série de vœux demandant « la suppression du grade d'officier de santé, l'obligation pour les communes rurales d'assurer le service médical dans les campagnes par des subventions spéciales accordées aux médecins avec le concours des départements et de l'Etat ?

(1) C'est la commission du *Concours médical* qui est ici désignée.

. . . .

Ce n'est pas que de très généreux efforts n'aient été faits pour sortir de cette législation provisoire de l'an XI, qui dure depuis 80 ans. . . . .

Peut-être eussent-elles pris place dans notre législation si l'œuvre de révision eût été fractionnée.

Ce qui n'a pas été fait, nous sommes décidés à le tenter et à le poursuivre, jusqu'à ce que le corps médical ait obtenu les réformes qu'il réclame.

Quelle est la profession plus digne d'intérêt et de protection que celle du médecin? Gardien de la santé de chacun, triste compagnon des afflictions et des deuils de tous, conseiller intime des familles, que n'a-t-on pas à lui réclamer de science, de moralité et de dévouement?

Et la société, que n'attend-elle pas de lui? Qu'une épidémie éclate, le pouvoir administratif demande à sa science les mesures d'hygiène et de salubrité qu'il doit prescrire dans ses arrêtés. Chacun compte sur lui.

S'il faut bâtir des établissements publics d'instruction ou d'assistance, c'est lui qui indiquera le nombre de mètres cubes à ménager à l'écolier ou au malade, les conditions d'aération, d'orientation, de lumière nécessaires à tel ou tel groupe d'enfants. Lui ôté, l'assistance hospitalière est impossible; il en est l'artisan indispensable et infatigable.

Des rapports du médecin avec la justice est née cette science admirable et terrible, la médecine légale; science terrible, disons-nous, en ce qu'une fausse appréciation ou une erreur peut coûter l'honneur et la vie à des innocents; admirable, en ce qu'une implacable logique peut mettre sur la trace du coupable et révéler l'instrument et l'heure de son crime.

Que dire des déboires du médecin, de ses fatigues physiques et morales, de son dévouement toujours admiré, de ses périlleuses recherches, des maladies mortelles qu'il contracte au chevet des malades, sur lesquels il est nuit et jour penché; de toute cette existence fiévreuse et angoissée à travers les plaintes, les appréhensions, les douleurs et les misères, qui trop souvent se termine par une situation de fortune médiocre ou pire?

Il faut rappeler à la société et à l'Etat que ce n'est point assez de constater son zèle; qu'il faut encore l'encourager, le soutenir par une protection efficace contre les empiriques de toute robe.

Tandis qu'on augmente les programmes de façon à écraser le cerveau le plus robuste, et à user les tempéraments les mieux trempés; que les connaissances requises augmentent en raison des progrès de la science, on renonce à établir l'assistance médicale dans les campagnes, parce qu'elle nécessiterait la création d'un impôt de 1 centime 1/2; on rémunère d'une façon humiliante les médecins chargés de la surveillance des Enfants-assistés, des enfants en nourrice; on maintient, pour les réquisitions de la justice: autopsies, rapports, transports et dépositions, des tarifs honteux, qu'on justifie en refusant la qualité d'expert à celui dont les recherches et les conclusions dictent sa réponse au jury et au juge sa sentence.

Ce que les gouvernements précédents n'ont pu faire, il est du devoir des assemblées républicaines de l'accomplir. Pour nous, nous ne faillirons pas à notre tâche, pour l'accomplissement de laquelle, nous l'espérons, le concours du gouvernement nous sera acquis.

Nous passons les chapitres II et III dans lesquels l'auteur a reproduit l'histoire des origines de la loi de l'an XI et des débats qu'elle a soulevés dans les assemblées parlementaires et les conseils de l'université de 1811 à 1864. Nous renvoyons nos lecteurs au rapport du Dr Geoffroy que nous avons publié en 1882, nº 19.

IV.

De cet historique, il résulte que la question majeure à résoudre est celle des deux ordres de médecins.

Sans doute on ne peut plus adresser à l'officier de santé de nos jours les reproches d'ignorance qui avaient autrefois tant de portée.

Leurs connaissances sont plus étendues que celles de leurs devanciers. Ils rendent de grands services.

Leur infériorité avouée est encore un danger; le pied d'égalité sur lequel ils sont avec les docteurs, au point de vue de l'exercice de leur profession, est une injustice dont ces derniers se plaignent à bon droit.

Et, cependant, la limitation de la clientèle au département pour lequel ils ont été reçus (art. 29, loi du 19 ventôse an XI) ne peut plus être justifiée aujourd'hui par les raisons humiliantes données jadis, notamment celle « *d'une surveillance plus immédiate dans leur profession qui les empêchera de quitter la ligne de leurs devoirs* ».

La vérité est que, si on a été jugé apte à exercer la médecine dans un département, on a acquis par là le *droit* moral de l'exercer dans un autre. Que si on oblige l'officier de santé à passer de nouveaux examens et à prendre un nouveau diplôme, s'il veut exercer ailleurs que dans son département d'origine, c'est que l'infériorité de son titre inquiète. Tout titre entraînant la limitation de la profession porte en soi son insuffisance et sa condamnation.

Enfin la question de dignité du corps médical français ne peut être passée sous silence. Le médecin est appelé à tenir dans la société un rang élevé, à soutenir, par sa distinction et par son degré d'instruction, la considération due à la confrérie. Pourquoi admettre que celle-ci sera faite de personnes ayant reçu une instruction différente! Le nombre des officiers de santé reçus chaque années, vaut-il la peine que soit conservé ce titre, qui n'avait à son origine que la valeur attachée à tout attribut provisoire ?

Le décret rendu le 1er août 1883, par M. le président de la République, *réglant la composition du personnel enseignant dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie....... déterminant les conditions d'études et d'admission au grade d'officier de santé*, est une concession évidente faite à l'opinion.

Nous ne saurions toutefois admettre sans observations cette demi-mesure qui ne donnera satisfaction à personne. Plus on rapproche l'officier de santé du docteur, en élevant son instuction, plus on tend à reconnaître la nécessité de l'unification des titres.

Le nouveau décret oblige les candidats à l'officiat à prendre seize inscriptions ; c'est-à- dire qu'il leur demande le même temps d'études qu'aux aspirants au doctorat. Il exige trois ans de stage dans les hôpitaux et leur rend obligatoires les travaux pratiques.

Il demande, en outre, que tout candidat, en prenant sa première inscription au grade d'officier de santé, justifie, à défaut du diplôme de bachelier, du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, ou du certificat de grammaire, complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement spécial.

Evidemment le niveau des études professionnelles sera considérablement élevé. Il en résultera deux inconvénients :

D'un côté, le nombre des candidats à l'officiat diminuera ; les uns seront découragés par les difficultés nouvelles à surmonter, les autres, plus courageux, feront un plus grand effort pour obtenir le titre de docteur, si rapproché maintenant de celui d'officier de santé.

De l'autre, les nouveaux médecins qui répondront à un tel programme ne seront-il pas en droit de réclamer un titre spécial, qui les distingue des officiers de santé et les rapproche des docteurs? M. de Salvandy avait songé à créer trois grades en médecine, les bacheliers, les licenciés et les docteurs.

Puisque c'est la soutenance d'une thèse qui, au point de vue médical, constitue toute la différence entre ces médecins d'un nouvel ordre et les docteurs, c'est le titre de licencié qui leur revient. En tous cas, celui d'officier de santé n'est plus suffisamment relevé pour eux.

Nous voilà donc désormais avec trois ordres de médecins en présence. Comment veut-on que le public, pour qui ils sont faits, s'y reconnaisse, lui qui se refuse déjà à établir une différence entre les deux ordres existants et décerne à tous le titre de docteur?

Ce décret nous surprend d'autant plus qu'il ne doit pas être du goût de M. le Ministre de l'instruction publique, ami des situations nettes.

Nous osons encore espérer de lui qu'il fera un pas de plus et que, bientôt, l'unification des titres sera réalisée.

Et maintenant, nous nous demandons comment il se fait que le décret, qui élève à un tel niveau l'instruction du futur officier de santé, non seulement laisse ce nouveau médecin sous l'humiliation d'un titre dix fois vieilli, mais, encor qu'il n'ait pas abrogé l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI? Justifié par des motifs injurieux pour l'honneur des officiers de santé anciens, il ne peut plus l'être pour les nouveaux qui auront acquis ce titre sous les conditions du décret du 1er août 1883.

Quels motifs vrais pourrait-on donner pour les interner dans leurs départements, pour leur interdire de ne *pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur.* Ces conditions ne sont plus conciliables, ni avec leur savoir, ni avec leur dignité.

Une seule objection persiste, celle de la cherté des études. Il faut bien reconnaître que les exigences nouvelles lui portent un rude coup.

Nous ajoutons que rien, d'ailleurs, ne serait plus juste que de supprimer les droits d'examen et de diplôme, comme on l'a fait pour les droits d'inscription.

Qu'on augmente les appointements des professeurs qui prendront part aux examens, mais qu'on se hâte de faire disparaître ce casuel. Et les droits de diplôme, à l'époque où nous sommes, peuvent-ils être justifiés?

Enfin il y aurait de l'ingratitude à ne pas constater l'augmentation annuelle du crédit affecté aux bourses de l'Etat.

Que reste-t-il de cette seule raison sur laquelle on entend maintenir les trois ordres de médecins institués désormais par la loi de l'an XI et par le décret du 1er août 1883?

En vérité, après ce décret, le doctorat seul est possible.

Quant au mouvement de migration des médecins vers les villes, il est réel. Ils y sont entraînés par les mêmes motifs qui y amènent d'autres personnes.

Il y a, dans cette dépopulation des campagnes et dans leur abandon par des médecins, un double problème qu'il faudra bien résoudre un jour ou l'autre. Il importe à notre thèse de prouver que les officiers de santé sont plus prompts que les docteurs à abandonner les régions en vue desquelles ils semblaient avoir été institués. Chose consolante néanmoins, c'est que le nombre des docteurs diminue beaucoup moins vite dans les régions pauvres que celui des officiers de santé. Cette remarque avait déjà été faite par M. Salvandy, en 1848.

On trouvera dans le Rapport de M. le Dr Geoffroy, pages 17 et suiv., les calculs qui viennent justifier cette remarque, ainsi que les deux tableaux résumant les chiffres empruntés aux travaux de MM. Paul Bert et Dechambre, et que M. Chevandier a reproduit dans sa proposition de loi.

Le but qu'on se proposait, en créant un second ordre de médecins, de mettre les secours de la médecine à la portée des campagnes et des populations pauvres, étant absolument manqué, quelles raisons y a-t-il de le maintenir?

D'ailleurs, il semble que l'institution se fasse justice elle-même ; elle va s'affaiblissant en nombre, surtout depuis qu'on demande aux candidats à ce grade un certificat de grammaire.

Il est évident que devant les progrès incessants de la science, et l'élévation du niveau des connaissances exigées du docteur, l'officiat fait mauvaise figure dans notre société.

Quant à l'objection tirée de la diminution du nombre des médecins, il faut la ramener à sa valeur réelle. Ce fait prouve que l'offre est supérieure à la demande et que le nombre des médecins est supérieur aux besoins réels du pays. C'est surtout sur l'officiat que porte cette diminution. « Le nombre des docteurs reçus dans les six facultés, en 1881, a été de 624, dont 461 pour Paris. Voilà des chiffres parfaitement rassurants. » (Geoffroy).

Si l'on veut, quand même, tirer argument de la diminution du nombre de médecins, nous en conclurons

à notre tour, que c'est une raison de plus de réviser une législation impuissante à défendre les intérêts d'une catégorie de citoyens si intéressants et si nécessaires.

V

Par l'exposé des motifs qui précède, nous croyons avoir justifié l'article suivant :

ARTICLE I. — *Nul ne peut exercer la médecine sur le territoire de la République, s'il n'est pourvu d'un diplôme régulier de docteur en médecine, délivré par une faculté de l'Etat, et s'il ne l'a fait enregistrer au secrétariat de la préfecture ou de la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son domicile.*

Tous les ans, au mois de janvier, la liste officielle des médecins régulièrement enregistrés sera affichée par les soins du préfet, dans son département et dans les mêmes conditions de publicité que ses arrêtés.

Le paragraphe premier abroge, *ipso facto*, l'officiat

L'enregistrement du diplôme et la publication, par les préfets, des listes officielles des médecins régulièrement enregistrés, sont deux mesures d'ordre absolument nécessaires.

Par l'enregistrement de son diplôme, le médecin acquiert le droit d'exercer, qui découle de la constatation par l'autorité compétente de la valeur de son titre; il se place du même coup sous la protection des lois.

Pour la publication des listes officielles des médecins régulièrement enregistrés, le public connaît ceux qui sont dûment autorisés. Tout individu exerçant illégalement, ou porteur d'un titre usurpé, est ainsi signalé, par l'absence de son nom, au public, aux médecins et au parquet.

Ces formalités sont, en quelque sorte, des mesures prémonitoires contre l'exercice illégal de la médecine. Nous les empruntons à l'art. 2 de la loi de ventôse :

Ici, vient se placer une question dont chacun reconnaîtra l'actualité : les femmes peuvent-elles recevoir le titre de docteur? Elle a été soulevée récemment par un professeur à la Faculté de droit de Lille, M. René Roland; il la résout par la négative.

Rien ne nous paraît plus injuste ni moins justifié.

Nous posons en principe que le droit de la femme à exercer les carrières libérales est absolument incontestable; qu'il découle de ses facultés intellectuelles égales à celles de l'homme et du rôle de plus en plus important qu'elle est appelée à jouer dans la société moderne.

. . . .

La loi de l'an XI n'a jamais songé à interdire aux femmes le titre de docteur, par cette raison peut-être que le législateur de 1803 n'a jamais pensé qu'elle pût y atteindre; aujourd'hui qu'il nous a été donné de voir qu'elle peut l'acquérir, nous aurions mauvaise grâce à lui interdire d'y viser et à la priver du titre de docteur qu'elle a honoré.

Il reste à régler la situation des officiers de santé actuels, à poser les conditions qu'ils devront remplir pour prendre, s'ils le convoitent, le titre de docteur, et à établir les droits acquis par des élèves en cours d'études pour l'officiat.

Nous renverrons ce dernier point au chapitre réservé aux conditions d'études.

Toute la discussion à laquelle nous nous sommes livrés sur l'institution des officiers de santé ne peut, en aucune façon, atteindre ce personnel médical, ni dans sa situation actuelle, ni dans sa dignité, ni dans ses intérêts professionnels.

Nous aurions voulu résoudre cette question des deux ordres de médecins par une équation algébrique, si cela avait été possible, tant nous avons à cœur de n'offenser en rien des confrères que nous sommes heureux de trouver dans nos associations médicales et dans nos syndicats et pour qui nous avons la plus haute estime.

Ici, comme toujours, le principe de non-rétroactivité protège les officiers de santé. Ils n'auront donc pas à se plaindre de la loi nouvelle. Nous sommes même en droit de dire qu'ils lui devront, comme les docteurs, d'être mieux protégés soit contre l'exercice illégal de la médecine, soit contre les médecins étrangers.

Enfin elle permet d'obtenir le doctorat à des conditions que quelques-uns pourront réaliser.

Sur ce point, les conditions proposées ont varié beaucoup. M. de Salvandy, dans son projet de loi de 1847, réservait l'autorisation de se présenter au doctorat aux seuls officiers de santé « *pourvus* « *du baccalauréat ès-lettres et du baccalauréat ès-* « *sciences, en faisant compter chaque année d'exer-* « *cice antérieur pour six mois d'études.* »

Il avait omis les élèves en cours d'études pour obtenir le diplôme d'officier de santé, et les médecins et chirurgiens autorisés.

La Commission de la Chambre des pairs se montrait beaucoup plus libérale. Après avoir assuré les situations acquises par la disposition suivante de l'article 33 de son projet (3 du projet ministériel) :

« *Les officiers de santé, reçus conformément au* « *Titre* III *de la loi du* 10 *mars 1803* (19 *ventôse* « *an XI*), *ainsi que les médecins et chirurgiens* « *dûment autorisés, continueront d'exercer la mé-* « *decine aux conditions et dans les termes de leur* « *commission.* »

Elle ajoutait le paragraphe suivant :

« *Les officiers de santé qui, au moment de la pro-* « *mulgation de la présente loi, compteront six an-* « *nées d'exercice, pourront se présenter devant une* « *faculté pour obtenir, s'il y a lieu, après deux* « *examens et une thèse, le diplôme de docteur.* »

Ni l'une ni l'autre de ces deux rédactions ne nous paraît acceptable . . . .

Nous n'eussions accepté ni la proposition de porter à cinq ans la durée du cours de médecine, ni celle de dix années d'exercice.

Nous eussions accepté la deuxième partie de la proposition de la Commission, celle relative à l'exigence de six années d'exercice avec l'obligation, pour obtenir le diplôme de docteur, de subir deux examens et une thèse. En sorte que, de l'adaptation de la première partie de la proposition du Ministre à la seconde de la Commission, il résulterait un paragraphe

qui répondrait à notre pensée, et qui pourrait être ainsi conçu :

« *Les officiers de santé, pourvus du baccalauréat ès-lettres et du baccalauréat ès-sciences, qui compteront au moins six années d'exercice, pourront se présenter devant une faculté pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, le diplôme de docteur.* »

La Commission de la Chambre des pairs avait réservé la faculté de présentation aux officiers de santé comptant six années d'exercice, *au moment de la promulgation de la présente loi.*

Cette restriction portait toute entière et sur les médecins du second ordre, qui avaient moins de six ans d'exercice à ce moment, et sur les jeunes gens en cours d'études, dont rien encore, dans l'un et l'autre projet, ne sauvegardait les intérêts.

Elle n'a pas sa raison d'être, elle est même en opposition avec l'esprit qui a porté la Commission à se montrer moins exigeante que le ministre pour l'accès du doctorat.

Puisque son peu d'exigence résulte du désir exprimé par M. le comte Beugnot, à la page 67 de son Rapport, qu'il n'y ait plus en France qu'un seul ordre de médecins, pourquoi ne pas donner aux étudiants et aux jeunes officiers de santé le droit de conquérir le titre de docteur, le jour où ils auront, par une pratique de six années, augmenté leurs connaissances? Notre rédaction a, à ce point de vue, l'avantage sur celle qui fut votée par la Chambre des pairs.

Il faut se hâter d'ajouter que ce n'est pas trop d'attribuer au paragraphe cette extension supplémentaire, si l'on veut que son application ne soit pas trop exceptionnelle. Voilà pourquoi nous avons retranché cette prescription limitative : *au moment de la promulgation de la présente loi.*

Il faut d'ailleurs ne pas se faire illusion : c'est par voie d'extinction et non par voie de transformation que les officiers de santé disparaîtront. Ce qui importe, à l'heure actuelle, c'est que l'officiat soit supprimé.

La Commission libre, dont j'ai rappelé les travaux, inclinait à moins de sévérité que nous. Elle s'exprime ainsi dans sa proposition de loi, Article 11 :

. . . .

« Les officiers de santé en exercice seront admis à se présenter devant les Facultés de l'Etat pour subir le cinquième examen, et obtenir le diplôme de docteur. »

Il est impossible que cela puisse suffire. Est-il admissible, en effet, qu'un officier de santé, le lendemain du jour où il aura reçu son diplôme, puisse être reçu docteur, s'il répond d'une manière suffisante au cinquième et s'il soutient sa thèse? L'inégalité entre celui-ci et ses nouveaux confrères serait choquante, et, sans nul doute, des protestations ne tarderaient pas à se produire parmi les derniers. Les nouveaux venus, en effet, n'offriraient ni garantie littéraire, ni garantie scientifique, ni garantie médicale suffisantes.

Bien qu'à regret, nous nous séparons absolument de nos collègues de la Commission sur ce point et nous formulons comme suit l'article 2 de notre proposition :

ARTICLE II. « *Les officiers de santé reçus con-*
« *formément au titre III de la loi du 10*
« *mars 1803 (19 ventôse an XI) ainsi que les*
« *médecins et chirurgiens dûment autorisés,*
« *continuent d'exercer la médecine aux condi-*
« *tions et dans les termes de leur commission.*
« *Les officiers de santé, pourvus du baccu-*
« *lauréat ès-lettres et du baccalauréat ès-*
« *sciences restreint, qui compteront six années*
« *d'exercice, pourront se présenter devant une*
« *Faculté de l'Etat pour obtenir, s'il y a lieu,*
« *après deux examens et une thèse, le diplôme*
« *de docteur.* »

VI.

. . . .

Il est certain que, si nous voulons relever le corps médical français de son état de souffrance, il faut au moins demander aux étrangers, qui viennent exercer la médecine chez nous, les mêmes garanties de science et de moralité que nous exigeons de nos compatriotes.

Les droits de l'hospitalité ont pour limitrophes les droits de la vie humaine.

Si le titre de docteur était donné chez toutes les nations aux mêmes conditions, nous serions peut-être mal venus à créer des difficultés aux médecins étrangers, mais il n'en est rien.

. . . .

Tandis que, partout en Europe, sauf en Angleterre, on exige du médecin étranger, qui se présente pour exercer son art, un ou plusieurs examens probatoires devant les facultés de l'État ou devant les jurys spéciaux;

« Tandis que les Français, reçus docteurs en médecine ou en chirurgie dans les facultés étrangères, qui veulent obtenir le même grade dans une des trois facultés de France, sont tenus de subir toutes les épreuves du doctorat, cinq examens et la thèse, et de produire préalablement les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences ou la dispense de ces grades, l'ambassadeur de sa nation obtient souvent pour un médecin étranger tous les droits du docteur français, sans aucune épreuve. » (Rapport du comte Beugnot, p. 65).

Cette inégalité de traitement est choquante; elle est autorisée par l'article 4 de la loi du 19 ventôse, an XI, qui donne au Gouvernement le pouvoir d'accorder à un médecin ou chirurgien étranger, gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République.

Fourcroy ne voyait dans cette faculté que l'avantage d'ouvrir notre pays aux médecins d'une réputation universelle. . . . .

Il crut que nul abus n'était à redouter. Or, il est certain que, rarement, les médecins étrangers d'un haut renom usèrent de cette faculté, qui a ouvert la plupart du temps notre pays à des hommes qui n'avaient pu se créer une clientèle dans le leur. C'est l'avis de M. le professeur Le Fort, si compétent sur cette question.

M. de Salvandy avait espéré pouvoir remédier aux abus, en stipulant, dans l'article 2 de son projet,

« que *l'autorisation du roi ne serait donnée qu'après une déclaration d'équivalence de grades et de diplômes délibérée en Conseil royal de l'Université. A l'égard de l'étranger, l'autorisation est toujours révocable*, dit le paragraphe 2, *et elle peut être limitée, soit à un département, soit à un arrondissement, soit aux campatriotes de l'impétrant*. Celui qui l'a obtenue ne prend d'autre titre que ceux de docteur de l'Université de... et de médecin ou chirurgien. »

L'équivalence des grades et diplômes ainsi reconnue, l'étranger aurait pu se présenter aux épreuves de grades devant les facultés françaises avec remise partielle ou totale, soit des inscriptions, soit des épreuves autres que celles du doctorat. Les docteurs étrangers ainsi reçus, jouiraient du droit d'exercice de la médecine dans toute sa plénitude.

Le Français, ayant étudié à l'étranger, avec autorisation du roi, aurait bénéficié des mêmes conditions.

La Commission de la Chambre des pairs se refusa à admettre qu'il fût aisé d'établir l'équivalence des grades, avec quelque certitude. Elle exigea, par son article 31, « que le Français et l'étranger, reçus docteurs à l'étranger, ne pussent exercer en France, qu'après s'être présentés devant une des facultés du royaume, pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, le diplôme de docteur. Ils ne seraient admis à subir ces épreuves qu'en produisant un certificat de bonne vie et mœurs, et la preuve qu'ils ont exercé au moins pendant cinq ans à l'étranger. »

Il nous paraît que ni l'une ni l'autre de ces dispositions n'est suffisamment protectrice des intérêts professionnels et sociaux français.

. . . .

La proposition, déposée sur le bureau de la Chambre des députés en 1878, par M. Roger-Marvaise, visait : 1° *la dispense de la scolarité*, après avis de la Faculté de médecine devant laquelle doivent subir les examens *dits d'autorisation*, les médecins et les chirurgiens étrangers, gradués dans une université étrangère;

2° *Le droit d'exercice de la médecine ou de la chirurgie* sur le territoire de la République, après avoir subi, devant une Faculté de l'État français, deux examens, l'un théorique et l'autre pratique, dont les formes et les matières seront déterminées par un règlement d'administration publique;

3° *Le seul titre de médecin* ou *chirurgien autorisé* décerné par le diplôme obtenu aux conditions ci-dessus énoncées. Et, pour que le titre de docteur ne pût être pris par les médecins autorisés, l'article 2 de sa proposition était ainsi conçu : Art. 2. — « Nul, dans l'exercice de la profession médicale, ne peut prendre le « titre de docteur, s'il n'a obtenu ce titre devant une Faculté française.

« L'usurpation du titre de docteur est punie d'une « amende de cinquante (50 fr.) à mille fr. (1,000 fr.) et d'un emprisonnement de six jours à six mois.

« L'art. 463 du Code pénal est applicable ».

. . . .

Après examen de toutes les propositions, nulle ne nous paraît plus logique et plus juste que celle adoptée par la Commission extra-parlementaire, sous la forme suivante, avec substitution du mot docteurs aux mots médecins et chirurgiens gradués.

ARTICLE III. — *Le Français et l'étranger reçus docteurs à l'étranger, ne peuvent être autorisés à exercer leur art sur le territoire de la République qu'après avoir subi, devant une faculté de l'État, tous les examens pour le doctorat et la thèse, et sur production d'un certificat de bonne vie et mœurs.*

La dispense de la scolarité ne leur est accordée, par le Ministre compétent, qu'après déclaration d'équivalence des études scientifiques, littéraires et médicales de la faculté devant laquelle ils devront soutenir leur thèse.

La réciprocité doit être la base des relations internationales. Or, comme en certains pays étrangers, le docteur français, qui veut obtenir le droit d'exercice, est tenu de payer des frais considérables de scolarité, il nous paraît juste de traiter chez nous les docteurs étrangers comme les nôtres sont traités chez eux. Ainsi se trouve justifié le paragraphe suivant :

Le Français reçu docteur à l'étranger paiera les mêmes frais que s'il eût fait ses études médicales en France. L'étranger acquittera les mêmes frais imposés dans son pays au docteur français qui veut y jouir du même droit.

L'art. 5 du décret du 22 août 1854 est plus absolu. Il statue que les gradués des universités étrangères ne peuvent jouir du bénéfice de la décision ministérielle qui déclarerait leurs grades équivalents aux grades français correspondants, *sans avoir acquitté intégralement leurs frais d'inscription, de certificats d'aptitude et de diplômes qu'auraient payés les nationaux.*

Dans ces conditions, tout reproche d'inhospitalité serait injuste; il se retournerait contre la nation qui refuserait de traiter sur le pied de la mutualité.

TITRE II

Conditions d'études.

VII

Conditions d'études. — Il nous semble impossible de laisser au Conseil supérieur de l'Instruction publique et au Ministre le droit de modifier les conditions d'études. Le législateur de l'an XI, celui de 1847, l'ont pensé comme nous. Cette tradition n'a pas protégé la législation contre une sorte d'empiètement de pouvoirs, qui n'est pas sans présenter des inconvénients graves.

Que dirait-on si demain le Ministre, après avis conforme du Conseil supérieur, décrétait que le temps

des études médicales est de cinq années? Il pourrait appuyer son décret sur les motifs présentés par M. de Salvandy dans son projet de loi. L'opinion publique se récrierait. Elle prétendrait, non sans raison, que certains intérêts sociaux, engagés dans une telle mesure, dépassent la compétence du Conseil supérieur et du Ministre; qu'il y a là une sorte d'usurpation d'attributions de la part du pouvoir exécutif au détriment du législatif. Eh bien, par son décret du 1er août 1883, qui exige des candidats à l'officiat quatre années d'études et trois ans de stage dans les hôpitaux, le Gouvernement, à notre sens, a empiété sur les prérogatives du pouvoir législatif.

Le décret qui oblige l'aspirant aux études médicales à produire ses deux diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences, pour prendre sa première inscription, mérite les mêmes reproches. Il ne peut être justifié ni par l'avis du Conseil supérieur, ni par l'opinion des facultés consultées. Les corps enseignants, poussés par un zèle excessif, ne veulent tenir compte de rien et grossissent involontairement l'intérêt scientifique, toutes les fois qu'on les interroge.

Il est vrai que ce fut par ordonnances royales du 2 février 1823 et du 9 août 1836, que fut imposée aux élèves l'obligation de produire le diplôme de bachelier ès lettres, pour être admis à prendre leur première inscription, et le diplôme de bachelier ès-sciences pour prendre la cinquième.

Mais le régime représentatif et démocratique républicain doit avoir autant et plus de souci des prérogatives des corps élus que la monarchie de 1836. Or le ministre de cette époque inscrit cette mesure dans son projet de loi, et le rapporteur de la Chambre des pairs (rapp. p. 35) dit que l'article 11, du projet du Gouvernement *imprime la sanction légale* aux ordonnances royales précitées.

D'où nous sommes autorisés à prétendre, qu'à l'heure actuelle, c'est par la loi que les conditions d'études doivent être réglées.

« Contrairement à la loi de l'an XI, M. de Salvandy crut nécessaire de porter dans son projet, la durée des études de quatre à cinq années » (art 9.).

La commission fit observer (p. 34) que « quatre années d'études qui, avec le temps des épreuves, en deviennent souvent cinq, sont un laps de temps suffisant pour former un jeune médecin, qui, ne trouvant pas à la sortie de l'école une clientèle toute faite, doit nécessairement employer les premières années de son entrée dans la carrière médicale à compléter et à étendre l'enseignement qu'il a reçu sur les bancs de la faculté. Ce qui importe, en semblable matière, c'est bien moins l'étendue que le bon emploi du temps » etc.

C'est aussi notre avis. Nous ajoutons que le stage dans les hôpitaux est une nouvelle condition éminemment favorable au développement des connaissances de l'élève et à leur application à la clinique.

Avec la Commission de 1848, nous maintiendrons la disposition suivante :

Article IV. — *La durée totale des études pour le doctorat est de quatre années, non compris le temps des épreuves.*

Article V. — *Nul n'est admis à prendre sa première inscription en médecine, soit dans les facultés soit dans les écoles préparatoires, s'il n'est bachelier ès-lettres.*

Nul n'est admis à prendre la cinquième inscription dans une faculté ou dans nne école préparatoire, s'il n'est muni du diplôme de bachelier ès-sciences restreint.

L'ensemble de cet article ramène l'élève aux conditions antérieures au décret qui a exigé la présentation des deux diplômes pour prendre la première inscription de médecine.

Cette exigence porte un préjudice considérable à l'intérêt des familles; elle n'est pas justifiée au point de vue des études médicales.

Au moment où la Chambre des pairs votait, en 1847, la loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine, elle s'inspirait du vif désir de relever la profession, et de donner à la société toutes les garanties qui justifiaient le monopole donné au docteur avec son diplôme. Elle s'appuyait sur les résolutions du Congrès médical de 1845. Combien elle était loin de la sévérité outrée qui régit ces choses aujourd'hui!

Or, voici la disposition qui faisait suite à la première partie de l'art. 14 (du projet de la Commission) la seule que nous ayons retenue :

« Les élèves qui ont échoué dans les épreuves du baccalauréat ès lettres peuvent êtres autorisés à prendre provisoirement la première inscription de médecine, jusqu'à de nouvelles épreuves. »

Nous ne demandons point cela; mais nous rappelons ce texte afin de montrer combien on s'est éloigné aujourd'hui du sentiment qui inspirait le législateur de cette époque, mieux instruit que nous de tous les besoins médicaux.

Le même article, comme on vient de le voir, autorisait l'étudiant à prendre les quatre premières inscriptions sur la présentation de son diplôme de bachelier ès-lettres.

C'était seulement au moment de prendre sa cinquième inscription que le baccalauréat ès-sciences physiques devenait obligatoire.

. . . .

. . . .

Il nous paraît, en effet, qu'au moment de commencer les études d'anatomie et de physiologie, l'étudiant doit avoir justifié de sa connaissance des sciences accessoires de lamédecine.

Il est d'autant moins excusable de n'avoir pas été en état de recevoir son diplôme de bachelier ès-sciences qu'il a eu, pour s'y préparer, toute la première année de son cours de médecine affectée à l'étude de ces sciences.

C'est aussi cette raison qui justifie ce délai d'un an accordé à l'étudiant qui débute pour produire ce deuxième baccalauréat.

Qu'on veuille bien se rappeler aussi :

1° Que le baccalauréat ès-lettres est beaucoup plus difficile aujourd'hui.

2° Qu'il est divisé en deux parties distinctes; qu'un échec en novembre, pour la première partie, oblige moralement l'élève à répéter sa rhétorique, car s'il passe en philosophie, et qu'à la fin de cette classe il soit admis pour la première partie du baccalauréat, il ne peut être admis à subir l'examen pour la deuxième partie qu'au mois d'août suivant! C'est là une

disposition draconienne qui offense le bon sens. Le bon sens dit, en effet, que celui-là qui, au sortir de la classe de philosophie, dans laquelle il ne fait que des sciences et de la philosophie, est admis à faire la preuve de l'examen de rhétorique, doit, à plus forte raison, être admis à faire la preuve qu'il connaît les matières apprises récemment. Non : il faut ou qu'il les oublie avant qu'il soit admis à subir son examen, ou qu'il piétine sur place, remaniant ce qu'il sait, rongeant son frein d'impatience et de juste dépit.

Qu'on ne perde pas de vue qu'un tel échec peut occasionner un retard d'une année et de lourds sacrifices à sa famille, et on se gardera de demander la production simultanée des deux baccalauréats.

On serait mal venu à dire que les élèves sont peu nombreux qui échouent deux fois pour l'examen du baccalauréat 1re partie. Partout 2/3 échouent à la 1re session. En supposant qu'il en passe un 2e tiers à la session de novembre, on voit que ce retard d'une année peut s'appliquer à un tiers des élèves.

Vienne l'année suivante : quiconque ne prend pas son baccalauréat ès-lettres 2e partie, et son baccalauréat ès-sciences dans les sessions d'août et de novembre, dans l'espace de trois mois, n'est pas admis à prendre sa 1re inscription de médecine.

C'est peut-être celui qui déjà a éprouvé un retard d'un an qui va en subir un nouveau du même laps de temps; ce sera désastreux; et si c'est un autre, le voilà mis au niveau de son infortuné camarade refusé l'année dernière ; le nombre de ceux qui ont subi un retard d'une année se trouve doublé, ce qui est déplorable.

En vérité, un tel rigorisme ne tient compte ni des années perdues pour les jeunes gens, ni des sacrifices consentis par les familles, ni du service militaire obligatoire.

Quels sont donc les intérêts scientifiques qui pâtiraient du retour à l'ancien ordre de choses? En effet, les sciences que va étudier l'élève de 1re année sont les mêmes que celles exigées pour l'examen du baccalauréat ès-sciences. Nous admettons que les cours seront plus forts, les études plus profondes; que les lois générales seront éclairées par des études micrographiques; que la botanique et la chimie seront exposées au point de vue de leur application à la médecine. En quoi cela prouve-t-il que les candidats au grade de bachelier ès-sciences y seront moins bien préparés?

Mais c'est le contraire qui est la conséquence forcée de cette énumération. Insuffisamment pourvus de connaissances scientifiques au début de leurs études médicales, ils trouveront dans la Faculté ou dans l'Ecole secondaire, des cours qui vont les en munir. Il est logique de ne leur demander la preuve de leurs connaissances scientifiques qu'à la fin des études spécialement consacrées aux sciences.

La logique, le service militaire obligatoire, l'esprit démocratique du régime républicain commandent le retour aux anciens errements.

On serait bien embarrassé de nous répondre si nous demandions quels avantages les dures conditions actuelles ont produits.

Ainsi se trouve justifié notre *article* 4; il faut ajouter qu'au moment où l'officiat va disparaître, il importe de ne pas entraver le recrutement du personnel médical.

— Il est nécessaire de statuer sur le cas des élèves qui seront en cours d'études médicales pour le grade d'officiers de santé.

Les uns, sans augmenter leurs visées, ont à cœur de continuer leurs études en vue d'obtenir le titre d'officier de santé et d'exercer la médecine avec les réserves y attachées par la loi de l'an XI. Leur droit est entier. Ils continueront leurs cours dans les conditions actuelles. Ils clôtureront la série des officiers de santé.

Les autres, qui voudront obtenir le titre de docteur, seront autorisés à transformer leurs inscriptions en inscriptions pour le doctorat, à subir les examens correspondant à leur nombre; ils seront autorisés à passer leur thèse, pourvu qu'ils soient munis à ce moment des diplômes de bachelier ès-lettres et ès-sciences restreint.

Cette faculté de ne présenter les deux diplômes qu'avant de soutenir la thèse, a son importance. Elle est justifiée par cette circonstance que la loi tend à diminuer le plus possible le nombre des officiers de santé et qu'elle doit faciliter l'abord du titre de docteur dans la mesure de ce qui est juste.

Nous avons essayé de résumer ces dispositions transitoires dans l'article suivant :

ARTICLE VI. — *Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat, dans une faculté ou dans une école de médecine, sont autorisés à les continuer et à prendre le diplôme d'officier de santé dans les conditions actuelles.*

Ils seront admis à passer tous les examens pour le doctorat, correspondant au nombre de leurs inscriptions, si, dans le délai de trois mois, à partir de la promulgation de cette loi, ils ont déclaré au secrétariat de la faculté ou de l'école de médecine, leur résolution de poursuivre leurs études en vue du doctorat. Les diplômes de bachelier ès-lettres et ès-sciences restreint ne seront exigibles qu'au moment de subir la thèse.

ARTICLE VII. — *Ceux qui auraient passé les cinq examens pour le doctorat, recevraient, sur leur demande, un diplôme d'officier de santé, sur lequel seraient mentionnées les conditions dans lesquelles il a été délivré. S'ils voulaient plus tard obtenir le titre de docteur, ils n'auraient qu'à soutenir la thèse, après avoir produit les diplômes de bachelier.*

Le deuxième paragraphe de l'article 16 de la Commission de la Chambre des Pairs avait prévu ce cas; mais il réservait le droit de se présenter aux épreuves du doctorat, après avoir complété les quatre années d'études, aux aspirants au titre d'officier de santé qui auraient étudié une année dans les facultés, ou deux années dans les écoles préparatoires, s'ils étaient bacheliers ès-lettres et ès-sciences.

Nous ne voyons pas pourquoi ceux qui n'auraient pas le temps d'études requis par ledit article 16, seraient frustrés de ce droit, il leur appartient; par cela seul que la loi nouvelle survient lorsqu'ils sont en cours d'études. Le principe de la non-rétroactivité les protège.

TITRE III

Exercice illégal de la médecine

VIII

Il n'a été question jusqu'ici que des exigences réclamées par la société de ceux qui se vouent à l'exercice de la médecine. Les difficultés à surmonter pour obtenir le diplôme de docteur après huit années d'études littéraires et quatre ou cinq années d'études médicales, sont très grandes. Elles nécessitent un travail opiniâtre, des efforts et des sacrifices considérables. On est d'accord unanimement, depuis 1825 jusqu'à ce jour, sur l'imprudence, au point de vue social, sur l'iniquité, au point de vue professionnel, du maintien des officiers de santé, et cependant la tolérance la plus grande protège les sorciers, les rebouteurs, et plus encore les membres du clergé et des congrégations religieuses.

. . . .

Etendre son influence et augmenter sa fortune, tel paraît être le double souci du clergé. Il fait argent de tout sans nul souci des contradictions. Quand on a les eaux de Lourdes et de la Salette, il semblerait qu'on dût se contenter des guérisons miraculeuses qu'elles produisent, et laisser à la science le soin de guérir ceux qui n'ont pas une foi robuste. Il n'en est rien. Là où le miracle s'arrête, l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie commence. Toute maison-mère a sous sa main la sœur des enfants et celle des malades; le curé aidant, on conçoit quelle influence s'acquiert par cette trinité en exercice constant de la médecine, de l'enseignement et de la religion.

La première est une fausse clé au service des deux autres, qui en profitent pour pénétrer dans les familles et peupler les écoles congréganistes.

Malgaigne a dit le mot vrai : *le clergé ne sait nulle part et n'a jamais su se tenir à sa place.* La raison en est qu'il veut être partout. La médecine, confite en dévotion, emprunte, aux yeux du vulgaire, au caractère religieux de celui qui la pratique, quelque chose qui tient du surnaturel. Les religieux le savent bien, et c'est en cela qu'ils sont d'autant plus coupables qu'ils trafiquent de choses saintes à leurs yeux, et d'une science redoutable dont ils ne savent pas le premier mot.

A ce point de vue, il nous paraîtrait de toute justice d'appliquer aux membres du clergé ou des communautés religieuses, qui pratiquent illégalement la médecine, une pénalité plus forte ainsi qu'on le fait pour le médecin qui use de sa profession pour mal faire.

La pratique illégale de la médecine est de tradition chez eux.

Ici encore, nous renvoyons pour l'historique de la question au Rapport du Dr Geoffroy, pages 21 et suivantes.

De deux choses l'une : ou le monopole médical réservé aux personnes qui offrent des garanties scientifiques est justifié, et alors l'exercice illégal doit être regardé comme un délit fort dangereux et puni comme tel; ou toute garantie d'études et de grades est illusoire, et alors pourquoi les réclamer et ne pas proclamer la liberté de l'art de guérir?

Puisqu'on est résolu à légiférer en cette matière, nous proposons d'appliquer à l'exercice illégal des peines plus sévères.

Il importe tout d'abord d'introduire dans la loi la définition de l'exercice illégal de la médecine. Nous avons essayé de le faire dans l'article suivant emprunté à la Commission extra-parlementaire dont nous nous faisons l'organe :

Article VIII. — « *Exerce illégalement la médecine toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme régulier, prend part au traitement des affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, applications d'appareils ou délivrance de médicaments. Exerce encore illégalement la médecine celui qui, muni d'un diplôme régulier, sort des attributions qu'il lui confère.* »

Bien que la loi de l'an XI qualifie de délit l'exercice illégal de la médecine, le défaut par elle d'indiquer le minimum et le maximum de l'amende prononcée au profit des hospices a amené la Cour de cassation à décider que les tribunaux ne pouvaient appliquer que l'amende de simple police de 1 à 15 francs.

Le délit se trouve ainsi ramené à une simple contravention.

Pour lui restituer son caractère primitif, il faut le déclarer de la compétence des tribunaux correctionnels et lui appliquer des pénalités correspondantes. C'est ce que nous avons essayé de faire dans les articles suivants :

Article IX. — *L'exercice illégal de la médecine est un délit justiciable des tribunaux de police correctionnelle.*

Article X. — *Le délit d'exercice illégal simple sera puni d'une amende de 100 à 500 francs.*

La récidive sera punie d'une amende de 500 à 1.000 francs et d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

Article XI. — *Si l'exercice illégal est accompagné de l'usurpation de titre, l'amende sera de 1.000 à 2.000 francs; la récidive entraînera une amende de 2.000 à 4.000 francs et un emprisonnement de six mois à un an.*

Si l'usurpation de titre est le fait d'un médecin, celui-ci sera condamné à une amende de 500 à 1.000 francs; en cas de récidive, il sera passible d'une amende de 1.000 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois.

Tout médecin français ou étranger, exerçant en France, s'il est docteur d'une faculté étrangère, sera tenu, s'il énonce ce titre sur une carte de visite, une plaque, une brochure, une annonce, etc., d'indiquer le nom de la Faculté ou de l'Université étrangère qui le lui a décerné et de le faire précéder ou suivre de son titre universitaire français.

Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

L'article 11 demande quelques explications relatives à l'usurpation des titres. Il y a trois catégories d'usurpateurs de titre: 1° celle des individus qui, dépourvus de tout diplôme, prennent le titre d'officier de santé ou de docteur, les seuls titres professionnels décernés par les facultés ou les écoles de médecine; 2° celle des officiers de santé ou des médecins autorisés qui usurpent le titre de docteur; ils peuvent le faire sans y mettre plus de façon ni plus de prudence; 3° celle des médecins qui usent du subterfuge suivant: ils se présentent dans une université étrangère, y obtiennent le titre de docteur et s'en décorent. Ils jouissent ainsi de la considération qui s'y rattache.

Nous avons dit que ce titre dans les université allemandes n'est point l'équivalent de ce qu'il est chez nous, et qu'il ne donne aucun droit professionnel. Mais ce que nous n'avons point dit, c'est qu'il est, de par le monde, telle ou telle faculté qui concède le diplôme de docteur comme un simple titre honorifique; que l'impudeur a été poussée si loin, qu'une agence a osé proposer publiquement l'achat de diplômes de docteurs délivrés *in absentiâ*. Nous devons rappeler aussi que des gradués en médecine, étrangers, ayant profité de l'équivalence de leurs titres pour obtenir chez nous le diplôme d'officier de santé, ont usé du procédé ci-dessus dénoncé pour accoler à leur nom le titre de docteur sans en énoncer l'origine.

Tout cela doit être déclaré délictueux. Ainsi l'avait pensé M. Roger Marvaise qui, pour réprimer cette manœuvre, avait rédigé ainsi l'article 2 de sa proposition:

« Nul, dans l'exercice de sa profession, ne peu prendre le titre de docteur, s'il n'a obtenu ce titre devant une faculté française. »

Ces mots « *dans l'exercice de sa profession* » indiquent les limites assignées au délit. Elles montrent l'embarras dans lequel le législateur se trouve en pareil cas. Il est impossible, en effet, d'interdire à l'officier de santé d'énoncer sur sa carte de visite, par exemple, les titres scientifiques qu'il a pu obtenir tel que membre de telle ou telle société savante. Dès lors, quelle raison peut-on avoir de lui interdire d'ajouter à son nom son titre de docteur d'une université étrangère? Il ne nous appartient pas d'en scruter l'importance scientifique. M. Roger Marvaise a reconnu implicitement ce droit au médecin *hors de l'exercice de la profession*, puisqu'il ne lui interdit l'usage de ce titre que *dans l'exercice* de sa profession.

Il ne reste qu'une difficulté, grande à notre sens, c'est de prouver quand le médecin est ou n'est pas dans l'exercice de son art. Inutile il nous paraît de tenter d'établir une délimitation, elle serait arbitraire.

Dans ces conjonctures, il faut donc admettre le droit pour le médecin d'énoncer ses titres scientifiques, même celui de docteur, mais à la condition expresse qu'il y joindra son titre professionnel français, et le nom de l'université étrangère qui le lui aura décerné.

C'est dans cette pensée qu'a été rédigé le paragraphe 3 de l'article 11.

Les pénalités sont proportionnées à la gravité du délit aussi bien qu'à la récidive. Elles sont loin d'atteindre la sévérité du projet de loi de M. de Salvandy, ni même de celui voté par la Chambre des Pairs.

Elles suffiront à la répression sans que la conscience du juge puisse en être inquiétée.

La définition de l'exercice illégal laisse une large place à la charité et à l'affection qui apportent au malade les consolations et les conseils. Ceux qui exercent illégalement la médecine sont signa lés à l'opinion publique par le bruit de leurs noms. Il n'y a pas de confusion possible.

Il nous a paru nécessaire de prévoir et de régler l'accumulation des peines encourues, et aussi d'en faciliter la modération par l'application de l'article 463 du code pénal. D'où l'article suivant emprunté au projet de la Commission de 1847.

Article xii. — « *En cas de conviction de plusieurs délits prévus par la présente loi, les peines ne pourront être cumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de poursuite, sans que, par suite du cumul, l'emprisonnement puisse jamais dépasser 2 ans.*

« *L'article 463 du code pénal pourra être appliqué aux délits prévus par la présente loi.* »

Nous avons réduit de 5 ans à 2 ans le maximum des peines accumulées, voté par le Sénat en 1847.

Incapacités.

IX

La profession médicale ne peut se contenter de garanties de savoir; il faut encore à la société et aux familles des gages de moralité en rapport avec l'importance du rôle de médecin. Le corps médical lui-même ne saurait tolérer la présence de personnes dont le contact serait une offense constante à sa dignité.

Il était donc nécessaire de régler les cas des incapables.

Toutefois, nous ne saurions encourager la tendance à établir des conseils de discipline, à l'instar de ceux qui existent dans l'ordre des avocats ou des chambres de notaires.

Cela part d'un sentiment louable; les atteintes à l'honneur seraient moins fréquentes sans doute.

Mais nous nous demandons si la liberté ne courrait pas quelque risque. Ne perdons pas de vue, en effet, qu'elle est nécessaire aussi bien au médecin qu'à l'artiste; que la mise en pratique de doctrines différentes a fait naître des appréciations mutuelles si vives que des scissions profondes existent entre des praticiens également honorables et instruits et cependant irréconciliables; que ce défaut d'homogénéité et d'entente créerait de réelles difficultés pour organiser des conseils de médecine.

L'élection seule pourrait en justifier les pouvoirs, mais elle éliminerait toujours les minorités qui, déjà peu considérées, seraient menacées d'oppression et de sévices.

Rien n'est redoutable dans les professions libérales comme les orthodoxies. Elles domptent le génie,

entravent les progrès et mettent à la torture la liberté de conscience, d'interprétation, de recherche et de doctrine.

Il n'est pas si facile qu'on le pense de limiter le droit d'avertissement, de censure ou de réprimande à des cas bien définis.

Ces raisons nous suffisent pour écarter cette question de notre proposition de loi.

Nous nous sentons plus à l'aise quand il s'agit d'incapacités reposant sur des peines prononcées par le pouvoir judiciaire. Ici tout est prévu et précis. Il nous sera facile de tomber d'accord dans la plupart des cas. Ainsi tout le monde admettra que ceux-là sont incapables d'exercer la médecine *qui ont été condamnés à des peines afflictives et infamantes.*

A notre sens, il faut bien vite déclarer que les condamnés politiques de cette catégorie doivent être affranchis de l'incapacité. Dans son rapport au Sénat, M. le comte Beugnot semble d'abord incliner en ce sens : « Nous comprenons, dit-il (p. 47), que, dans un pays si longtemps agité par les révolutions, l'esprit public ne juge pas toujours sainement le caractère des actes de crimes politiques; mais, ajoute-t-il aussitôt, le législateur ne s'associerait pas à cette tolérance regrettable de l'opinion sans jeter au sein de la société un germe redoutable de désordre. Que le droit de grâce, qui n'a jamais fait défaut à un repentir sincère, vienne, s'il y a lieu, tempérer une condamnation rigoureuse, mais que la loi n'affiche pas de l'indifférence pour les crimes les plus dangereux. »

Il nous est impossible de nous rendre à de telles raisons. Le mobile du crime politique n'implique point le déshonneur. Si loin que, de nos jours surtout, un tel mobile puisse pousser celui que les passions politiques agitent, quelque grave que soit la peine encourue et prononcée, l'indignité n'en peut sortir tant que l'acte n'a pas perdu son caractère distictif. — Nous maintenons donc cette exception.

Le Ministre s'était montré d'une sévérité excessive. Il ne faut pas oublier cette vérité trop méconnue de nos jours, que celui qui a payé la peine de sa faute est quitte envers la société; que le frapper dans l'exercice de sa profession, c'est le vouer à une misère d'autant plus certaine que, dans l'espèce surtout, l'homme déclaré indigne sera fort embarrassé pour se créer d'autres moyens d'existence.

C'est en vue des mêmes considérations que la Commission du Sénat se montra moins rigoureuse, sans faire nul abandon de la dignité du corps médical.

« La Commission, dit le rapporteur (page 48), a remanié entièrement le système d'incapacités, déclarées à la suite de condamnations correctionnelles. D'accord avec le projet de loi, elle admet des incapacités dirimantes et des incapacités facultatives, et place dans la première classe les condamnations pour crimes ou délits de vols, pour crimes de faux, pour délits d'escroqueries », pour les crimes ou délits prévus par les articles 316 castrations; 317 avortements, 321-333 viols, 334-335 excitation à la débauche, 345 enlèvements ou substitution d'enfant.

« Les cours d'assises auront la faculté de déclarer incapables ceux qu'elles condamneront à des peines correctionnelles, pour des faits qualifiés crimes par la loi. »

Nous faisons passer de la catégorie des incapacités dirimantes dans celle des facultatives, les médecins auxquels auraient été appliqués les deux articles de la loi du 22 mars 1832 sur le recrutement, qui prononcent des peines contre les médecins et chirurgiens qui ont facilité les fraudes des conscrits en matière d'exemption et de recrutement; ceux qui auraient été condamnés en vertu de l'article 338, pour adultère ou de l'article 349, substitution d'enfants.

Nous ne pouvons attribuer les mêmes pouvoirs aux tribunaux correctionnels, même quand il s'agit de l'application des articles 378, révélation des secrets; 400, détournement d'objets saisis par celui sur qu'ils ont été saisis, et dont la garde lui a été remise; 406, abus et faiblesses d'un mineur; 407, et abus d'un blanc seing; 408, détournements de dépôt.

En conséquence, nous avons transporté dans notre proposition de loi l'article ci-après, emprunté, avec les modifications que nous venons d'indiquer, à l'article 28 du projet de la Commission du Sénat :

ARTICLE XIII. — *Sont déclarés incapables d'exercer la médecine :*

1° *Ceux qui auront été condamnés à des peines afflictives ou infamantes, à moins qu'elles n'aient été prononcées pour des crimes politiques ;*

2° *Ceux qui auront été condamnés à des peines correctionnelles pour crimes ou délits de vol, pour crimes de faux, pour délits d'escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 832, 333, 334, 335 et 345. Les cours d'assises pourront déclarer incapables d'exercer la médecine ceux qu'elles condamneront à des peines correctionnelles pour des faits qualifiés crimes par la loi.*

Le corps médical a compris, sans nul doute, pourquoi, bien qu'un grand nombre de médecins aient fait partie, depuis 1871, de nos grandes assemblées politiques, les projets de réorganisation de l'enseignement de l'exercice de la médecine n'avaient pu aboutir. Jusqu'à ce jour, il a fallu veiller surtout à établir sur des bases solides les institutions politiques que la France s'est données. Il ne pourrait comprendre que nous nous fussions isolés plus longtemps de la grande corporation à laquelle nous avons l'honneur d'appartenir et que nous fussions restés indifférents à ses réclamations réitérées. Il nous a paru de notre devoir d'établir tout d'abord les réformes à introduire dans l'exercice de la médecine, en nous inspirant de la place importante que le médecin occupe dans notre société, des services qu'il est appelé à y rendre, de la considération qui s'attache à sa profession et à sa personne, et dans la pensée qu'elles pourront lui assurer plus de bien-être, à lui, qui est presque partout le déshérité des professions libérales.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
15 Décembre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 50

SOMMAIRE

A NOS ADHÉRENTS.

Chers confrères,

Après une préparation de plusieurs mois, après avoir fait appel à tous les médecins qui se sont préoccupés de la constitution d'une Caisse de pensions, le *Concours médical* a pu, grâce aux ressources qu'il a fournies à la Commission, grâce aux documents et renseignements qu'il lui a procurés, voir arriver enfin la *période d'exécution.*

Chacun de nos adhérents, soit en procurant à notre société les sommes dont elle dispose, soit en communiquant ses idées et ses vues, a la satisfaction d'avoir contribué encore une fois, d'une façon plus ou moins directe, à faire l'œuvre des pensions, son œuvre personnelle. Il aura démontré, dans cette circonstance encore, que ce n'est que par l'*Association* que les œuvres d'intérêt collectif ont de sérieuses chances d'être menées à bien.

Le Président de la Commission, nommée dans l'*Assemblée générale* des membres du *Concours médical*, le 17 août dernier, a pressé autant que possible l'étude des projets. Ils étaient dus soit aux membres de la Commission; soit à d'autres membres du *Concours* ou à des médecins étrangers à notre société.

Ces projets ont été communiqués à tous les commissaires qui se sont réunis le dimanche 2 décembre. Chacun, grâce aux études préparatoires, était donc compétent, et en mesure de donner des avis éclairés, de faire des observations, des objections topiques.

Nous voulons rendre ici un hommage bien mérité à nos confrères qui ont su, dans cette séance laborieuse, faire le sacrifice de leurs opinions basées sur leurs projets personnels, et se rendre à l'avis de la majorité.

La Commission a pu constater quelle somme de recherches, quels longs calculs s'étaient imposés le Président et M. Ordonneau.

Le projet adopté est celui de M. le professeur Lande, de Bordeaux. Nous ne voulons pas le déflorer, nous ne voulons pas préjuger des modifications de détails qui seront apportées ces jours-ci aux décisions essentielles prises en séance. M. Lande va rédiger son rapport. Il va envoyer un exemplaire à chacun des commissaires qui l'annoteront. Le rapporteur fera son profit des observations et dès que l'œuvre sera absolument mûrie, nous la publierons *in extenso.*

Nous ne devons pas nous préoccuper des retards imposés à la légitime impatience de nos correspondants; il est essentiel que, lorsqu'il s'agit d'une institution semblable, les calculs soient tellement vérifiés que les statuts restent invariables dans leurs dispositions essentielles.

Nous nous contenterons de dire, quant à présent, que le projet Lande diffère notablement de la *Caisse des pensions du Corps médical Belge*. La majorité de la Commission a été d'avis de fonder une œuvre sans *alea*. Elle a écarté toutes les dispositions de secours, d'assistance, de prévoyance et n'a voulu qu'une œuvre de mutualité.

Ont siégé, sous la présidence de M. Benoist, de Saint-Nazaire, MM. Bigourdan (de Brionne), Ducosté (de Brionne), Geoffroy (de Paris), Lande (de Bordeaux), Landur (de Paris), Rousseau (de Noisiel), Verdalle (de Bordeaux), assistés du du Directeur *Concours médical*.

Les conclusions de la Commission ont été discutées et approuvées, dans leurs lignes générales, par une nombreuse réunion de médecins de Paris et des environs.

Nous croyons pouvoir affirmer en toute certitude que, grâce aux sages dispositions de M. le Dr Benoist, l'œuvre accomplie sera fructueuse pour le Corps médical.

Le *Concours* est, comme toujours, bien déterminé à prêter à *la Caisse des pensions de droit*, l'appui constant, incessant, que réclame toute œuvre de longue haleine. Il lui a fallu deux ans pour faire arriver à la *Chambre* le projet de *révision de la législation*. Il appliquera à la Caisse des *pensions* la même méthode d'efforts persévérants, et nous espérons qu'il réussira à en démontrer à tous les inappréciables avantages.

Le directeur, A. Cézilly.

BULLETIN

On sait que c'est au regretté Thuillier qu'est due la découverte du microbe qui caractérise la maladie des porcs, connue sous le nom de *rouget*. M. *Pasteur* vient annoncer à l'Académie le résultat des inoculations tentées sur ces animaux, avec un virus atténué : il paraît que, dans le Vaucluse, la maladie, qui a fait, cette année, un grand nombre de victimes, a épargné complètement les sujets vaccinés, bien que la vaccination remontât à un an.

Mais les porcs ne sont pas seuls malades dans ce département; et l'on y a renoncé depuis longtemps à l'élevage des pigeons et des lapins, parce que ces deux espèces y sont décimées par de fréquentes épizooties. Or, l'expérience a bien vite démontré à MM. Pasteur et Thuillier que c'était aussi au rouget que ces animaux succombaient. Mais, chose plus curieuse, ces recherches ont amené les savants expérimentateurs à constater que la virulence du microbe du rouget s'accroît, en passant par l'organisme du pigeon, et diminue, au contraire, en passant par celui du lapin. Il est donc possible d'atténuer la virulence, en faisant passer le virus d'une espèce à une autre.

Dans ce cas particulier, le virus du rouget du porc, atténué par son passage à travers l'organisme du lapin, et inoculé de nouveau au porc, ne fait plus mourir l'animal, quoiqu'il le rende malade ; par contre, il le préserve des atteintes du rouget mortel.

L'unicité de la phthisie, déjà présentie par Laënnec, est aujourd'hui une vérité reconnue, grâce aux travaux français de MM. Cornil, Hérard, Grancher, Charcot et Villemin ; la récente découverte de Koch est venue, en outre, démontrer l'existence d'un bacille de la tuberculose, témoin, sinon cause, de la maladie. A son tour, M. *Germain Sée* appelle l'attention des cliniciens sur le bacille dont la présence ou l'absence, dans les produits excrétés par les malades, peut, à son avis, devenir un élément important de diagnostic.

Il y a, en effet, certaines catégories de phthisies dans lesquelles le diagnostic présente d'insurmontables difficultés : telles sont les *phthisies latentes*, uniquement caractérisées par une toux quinteuse avec expectoration rare, sans modification du murmure respiratoire, ni de la sonorité thoracique. « Dans ces conditions, comme il n'est pas nécessaire que le processus morbide soit développé jusqu'à la destruction de la muqueuse, pour que le bacille apparaisse dans la cavité bronchique, l'examen des crachats peut fixer le diagnostic, en l'absence de tout signe stéthoscopique. »

Il en sera de même pour ceux des phthisiques chez lesquels l'hémoptysie constitue le premier accident, sans que l'on puisse dire, de longtemps, si cette hémoptysie est ou n'est pas de nature tuberculeuse.

Telles sont encore les *phthisies larvées*, c'est-à-dire celles dont le début s'annonce sous forme de maladie aiguë des organes respiratoires, en masquant les caractères propres à la tuberculose.

Enfin, certaines *pseudo-phthisies* présentent les caractères des phthisies tuberculeuses avancées : c'est ce qui arrive dans les cas de tumeur, de gomme syphilitique ulcérée, de dilatation bronchique.

Il est clair que, s'il était absolument démontré qu'il ne peut y avoir de tuberculose sans bacilles, et que ces bacilles apparaissent dans les crachats, dès le début de la maladie, le clinicien se trouverait en possession d'un nouveau moyen diagnostic certain. Malheureusement, les histolo-

gistes ne sont pas encore bien d'accord sur ce point. C'est ainsi que MM. Malassez et Vignal, ont dernièrement (novembre 1883), décrit les tuberculoses sans bacilles (tuberculoses zoogloeiques). D'autre part, un grand nombre de cliniciens n'ont pas toujours trouvé les bacilles dans des crachats de tous les tuberculeux. D'ailleurs, au dire même de M. Koch, c'est là une recherche qui présente les plus grandes difficultés.

N'avons-nous pas nous-même entendu tout récemment (1) M. Colin (d'Alfort) affirmer que les préparations, présentées par M. Cornil comme renfermant des bacilles de la tuberculose, contenaient, non des bacilles, mais de simples filaments? Si des savants de cette valeur ne peuvent se mettre d'accord, il est, pour le moins, probable que le nouveau moyen de diagnostic proposé par M. Sée, ne pourra, d'ici longtemps, être compté parmi ceux qui sont à la disposition du praticien.

J'ai tout dernièrement (n° 42) rendu compte de la discussion qui s'était élevée entre MM. Giraud-Teulon et Marey, sur le mécanisme de la course et du saut; et, après avoir brièvement résumé l'opinion de chacun de deux adversaires, n'étant pas grand clerc en mécanique, je me suis contenté de dire que les deux savants s'accordaient à reconnaître la difficulté d'arriver expérimentalement à la solution du problème.

Un de nos excellents confrères, le Dr *Lachize*, de la Demi-Lune, prenant hautement parti pour M. Marey, m'envoie la savante dissertation que l'on va lire.

« Le corps humain peut quitter le sol par deux procédés : 1° par une extension rapide des membres inférieurs, ce qui est une véritable projection; 2° par une flexion brusque de ces mêmes membres. Dans le premier cas, le corps se soutient dans l'air par une impulsion, comme tout corps lancé. Mais dans l'autre, nous trouvons un phénomène tout différent. Supposons un homme placé sur le plateau d'un dynamomètre et voyons ce qui se passe.

« Le sujet en expérimentation fléchit brusquement les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin : l'aiguille du dynamomètre vient au zéro pour reprendre ensuite sa position première. Mais si le dynamomètre est sensible, si la flexion est suffisamment brusque, l'observation étant faite avec soin, on verra que l'aiguille, avant de s'arrêter au point qu'elle occupait précédemment, le dépassera de quelques kilogs. Cherchons la cause : le corps étant debout, les membres inférieurs représentent une tige rigide. La flexion se produit-elle brusquement : le point d'appui manque tout à coup, et le corps humain tombe absolument comme le ferait une pierre placée dans les mêmes conditions, sur un bâton, par exemple, qu'on enlèverait tout à coup. Il tombe avec une vitesse $v = g\ t$. Son poids est donc augmenté de la force acquise par la chûte. De quelle hauteur tombe-t-il? Il tombe de la hauteur du centre de gravité de l'homme, (point situé sur un plan qui passe par le milieu de la dernière vertèbre lombaire) et l'espace parcouru est $e = 1/2\ g\ t^2$.

« Le corps aura donc parcouru un espace e avec une vitesse v. L'aiguille du dynamomètre indique un poids plus fort que le poids réel de l'homme, au moment où la chûte sera arrêtée par la limite de flexion car, à ce moment, le poids du corps sera augmenté de la force acquise par l'accélération de la pesanteur g, agissant pendant le temps t.

« Supposons maintenant notre sujet fléchissant les membres inférieurs avec une vitesse v' qui ferait parcourir à la plante des pieds un espace $é$ dans le temps t, s'il était suspendu. Il est évident que, le corps étant supporté par le plateau du dynamomètre, au lieu d'être suspendu, cet acte se traduira par un abaissement du sujet, par *une chute*. Nous pourrons envisager trois cas :

« *Premier cas.* — $é < e$; l'aiguille du dynanomètre ne reviendra pas tout à fait au o, et la plante du pied appuiera toujours sur le plateau.

« *Deuxième cas.* — $é = e$; l'aiguille reviendra au o; la plante des pieds ne quittera pas encore le dynamomètre. — C'est le cas qui doit se présenter le plus souvent, parce que le sujet en expérimentation se contente de mettre ses muscles dans le relâchement complet.

« *Troisième cas.* — $é > e$; le dynamomètre revient au o; la plante des pieds quitte son point d'appui; *le corps reste un instant suspendu dans l'espace.* C'est précisément ce que M. Marey a constaté par la photographie, et ce qui fait l'objet de la discussion. Le support étant supprimé tout à coup, l'homme reste en effet en l'air, jusqu'à ce que, dans sa chute, il ait rencontré le sol.

Comme le fait remarquer notre honorable correspondant, c'est ce troisième cas qui est l'objet du débat et que M. Marey se propose de démontrer expérimentalement à M. Giraud-Teulon.

— Elections. M. *de Quatrefages* est élu membre associé libre; M. *Vidal* est élu membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Dr J. Geoffroy.

(1) V. *Conc. méd.* n° 45, p. 565.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas d'éclampsie grave,

Par le Docteur H. ARNAUD (de Saint-Gilles-du-Gard).

On accuse parfois les médecins de ne parler que de leurs succès. Je ne mériterai pas aujourd'hui ce reproche : c'est, en effet, d'un cas malheureux d'éclampsie que je me propose d'entretenir les lecteurs du *Concours médical.*

Les auteurs ont cité de nombreux cas d'éclampsie puerpérale suivis de guérison et, le plus souvent, ils n'ont pas manqué d'attribuer la terminaison heureuse à l'intervention thérapeutique; de telle sorte que, en présence de telle statistique brillante, le jeune praticien pourrait être tenté de croire que l'éclampsie est une maladie presque bénigne, et que nous possédons le véritable spécifique de l'éclampsie.

Gardons-nous de pareilles illusions.

La vérité est que, si l'on observe parfois des cas d'éclampsie légère, suivie de guérison, quelle que soit la méthode de traitement employée, il y a aussi une forme grave de la même affection, dont le diagnostic équivaut presque à un arrêt de mort, malgré l'emploi judicieux des moyens les plus chaleureusement préconisés.

Comme je le faisais remarquer dans ce journal, à propos de la fièvre typhoïde, la gravité dans les maladies peut être rapportée à deux causes principales : l'état constitutionnel du sujet, et l'intensité d'action de la cause délétère. L'éclampsie ne fait pas exception à la règle commune.

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, un cas d'éclampsie puerpérale, dans lequel la gravité pouvait être attribuée à l'état antérieur de la malade: c'était chez une phthisique minée par les chagrins domestiques, épuisée par son affection lente et par une grossesse pénible, profondément anémiée par des hémoptysies fréquentes ; l'éclampsie éclata au huitième mois de la gestation; la débilité et l'anémie étaient telles, qu'il n'y avait pas lieu de songer à l'emploi de la saignée; les inhalations de chloroforme furent employées, et la malade succomba quelques heures après l'accouchement prématuré d'un fœtus mort-né.

Cette terminaison, il est vrai, n'étonna personne. Il y a de ces conditions individuelles qui rendent impossible toute résistance à la maladie, devant lesquelles toute médication doit s'avouer impuissante : l'élimination des faibles par les maladies graves est une dure loi, à laquelle nous sommes bien forcés de nous résigner le plus souvent, et la quinine elle-même n'empêche pas de succomber les cachectiques en proie à l'impaludisme.

Mais est-ce seulement dans les cas de détérioration extrême de l'organisme que l'éclampsie doit être considérée comme dangereuse, et trouvons-nous toujours dans la jeunesse et la force des sujets, les conditions de résistance qui nous permettent d'espérer la guérison ? Je voudrais le croire; mais des faits trop nombreux viennent témoigner contre cet optimisme et démontrer que nous ne possédons pas encore le véritable spécifique de l'éclampsie.

L'observation que je vais rapporter en est une nouvelle preuve.

Observation.

Philomène C..., 19 ans, née et domiciliée à Saint-Gilles, journalière, constitution bonne, pas de maladie ni de grossesse antérieure. — Rien de particulier dans l'hérédité : père mort d'accident; mère robuste, ayant eu dans sa jeunesse quelques attaques d'hystérie, mais jamais d'éclampsie puerpérale. — Grossesse parvenue à son terme sans présenter de particularité remarquable; appétit bon jusqu'à la fin; pas de fatigue excessive; nourriture bien supportée, quoique défectueuse et consistant surtout en légumes et en salaisons; dans les derniers jours, œdème considérable des membres inférieurs, maux de tête fréquents.

Dans la nuit du 21 au 22 septembre 1883, Philomène C... est éveillée par des coliques, avec céphalalgie violente, suivies de vomissements et de selles répétées : les accidents sont attribués à une indigestion, et, à cinq heures du matin, le mari va au travail comme d'habitude. Dans la matinée, les nausées et la céphalalgie persistent et à ces malaises se joignent des convulsions. On se décide alors à appeler la sage-femme, qui prescrit une potion calmante. Prévenu à mon tour à 1 heure après-midi, j'assiste bientôt après à une attaque caractéristique d'éclampsie. Les urines recueillies avec la sonde sont claires, d'apparence normale, et contiennent une quantité considérable d'albumine.

Dans l'intervalle des paroxysmes, la malade répond encore, quand on l'appelle, mais elle ne distingue pas nettement la personne qui lui parle. Elle présente de l'agitation, des nausées, prononce des paroles incohérentes, accuse une douleur violente à la tête. La peau est chaude et sèche, les pupilles sont contractées ; la langue, livide à la pointe, porte des traces de morsures. La respiration et le pouls sont lents : 16 respirations et 64 pulsations. Le pouls est régulier.

Bientôt la respiration et les pulsations s'accélèrent, l'agitation cesse, et tout-à-coup la malade, immobile, le regard fixe, paraît plongée dans une réflexion profonde; puis on voit les globes oculaires se diriger de droite à gauche, tandis que la face se tourne vers la droite : c'est le commencement de l'attaque. Celle-ci parcourt ses périodes habituelles de convulsions toniques et cloniques, et se termine par le coma. — La durée totale des accès est d'environ trois minutes. — Entre les attaques, le retour de l'intelligence n'est jamais complet.

Traitement. — Inhalations méthodiques de chloroforme dans l'intervalle des paroxysmes; lavement purgatif.

Les attaques augmentent de fréquence et de gravité; le coma est plus profond dans l'intervalle, et la

malade a complètement perdu connaissance; la déglutition est devenue très difficile.

Cinq heures. — L'intervalle entre les convulsions qui, à mon arrivée, était de trente minutes n'est plus que de dix minutes. A ce moment, je suis forcé de quitter la malade. Mais on ne tarde pas à me rappeler.

Six heures. — Pouls à 128; les attaques se succèdent sans interruption appréciable; les paupières sont à demi-closes, les yeux sans regard, saillants, les pupilles dilatées. — Le travail n'est pas encore commencé, bien que le col de la matrice soit mou et dilatable.

Je me décide à pratiquer une saignée de 500 grammes. Le sang s'échappe de la veine en abondance; il est visqueux, très noir, et ne devient pas rutilant au contact de l'air.

Sous l'influence de la phlébotomie, les convulsions ont cessé; mais le tableau n'est pas pour cela moins effrayant : la malade est sans voix, sans parole, sans mouvement, la peau est sèche et brûlante, le front seul présente quelques gouttelettes de sueur; la face est pâle, plaquée de taches livides, les lèvres et la mâchoire, entr'ouvertes, laissent passer l'extrémité de la langue (qui heureusement a été maintenue dans la bouche pendant les paroxysmes et présente seulement les traces de morsure du début); une écume blanche, épaisse se montre à l'orifice des narines, la déglutition est impossible. Le cœur bat tumultueusement dans la poitrine; le pouls est à 140, faible, inégal; la dyspnée est extrême, les respirations sont au nombre de 60, et on entend à distance un râle semblable à celui de l'agonie.

Sept heures. — Le travail ne commençant pas encore, j'entr'ouvre avec l'index le col de l'utérus; aussitôt les membranes se rompent laissant échapper en abondance un liquide roussâtre. — Le travail se fait enfin, lent et pénible. Les douleurs s'accompagnent de convulsions toniques très accusées, surtout aux membres inférieurs, qu'il est difficile de maintenir dans une position satisfaisante; mais les véritables paroxysmes de l'éclampsie ne reparaissent pas. Tandis que la dilatation du col s'opère, la parturiente, à bout de forces, semble près de succomber. Cependant, vers huit heures, une légère amélioration se manifeste : la malade entr'ouvre les yeux et semble regarder autour d'elle avec étonnement; la déglutition est redevenue possible. — Je donne quelques cuillerées de tisane qui sont bien supportées.

Onze heures. — La dilatation est complète; la tête du fœtus est à la vulve; mais elle n'avance pas : la matrice est inerte. Je ne tarde pas davantage à appliquer le forceps, et j'amène au dehors un fœtus à terme, inanimé, que tous les moyens n'ont pu ramener à la vie.

Le surlendemain matin, l'amélioration ne s'est pas maintenue. Il y a eu une selle liquide, copieuse; les véritables accès d'éclampsie n'ont pas reparu; mais on a observé de temps en temps quelques convulsions cloniques, partielles, siégeant surtout aux extrémités supérieures. Cependant les pupilles sont contractées, les paupières closes, le coma est complet, la déglutition très difficile; respiration à 60, irrégulière, stertoreuse; pouls à 140, misérable, irrégulier. — Les lochies sont peu abondantes, pâles, fétides. L'état est désespéré.

Soir, sept heures. — Mort dans le coma et la résolution musculaire.

RÉFLEXIONS.

J'ai éprouvé une bien pénible impression en présence d'une mort si prompte, survenue malgré mes efforts, chez une femme que j'avais vue naguère jeune, active et vigoureuse. J'avais pourtant employé, avec tout le soin dont je suis capable, les deux méthodes de traitement usuelles et en quelque sorte classiques de l'éclampsie. Aussi, plein de doute sur la valeur de ces méthodes, je me suis demandé s'il n'était pas possible d'opposer à cette terrible maladie un traitement plus rationnel, plus efficace.

J'exposerai bientôt le résultat de mes réflexions à ce sujet; mais je vais d'abord examiner rapidement quelle peut être l'utilité de la saignée et du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.

A. — *Chloroforme.* — Pour se rendre compte des symptômes observés dans la maladie qui nous occupe, on a imaginé de nombreuses théories. Nous ne nous attarderons pas à les discuter ici. La plupart des auteurs contemporains s'accordent à voir dans l'éclampsie le signe d'une atteinte des centres nerveux consécutive à la pénétration dans le sang d'un véritable poison. L'empoisonnement est-il toujours consécutif à une lésion rénale? Est-il dû aux matières extractives de l'urine ou bien aux sels potassiques? C'est ce qu'il n'est pas encore possible d'affirmer. Mais, malgré ces incertitudes, il me paraît difficile de voir dans l'éclampsie autre chose que le signe d'une intoxication spéciale.

S'il en est ainsi, il est évident que le chloroforme n'a aucun effet direct sur la cause même de l'éclampsie. Son action est purement symptomatique; elle ne peut s'exercer utilement que sur les paroxysmes, qu'elle doit tendre à éloigner, à diminuer, à supprimer. A ce dernier point de vue, on ne peut oublier entièrement que la première action du chloroforme sur le système nerveux est excitante : ne doit-on pas craindre cette excitation dans l'éclampsie? Mais passons sur cette objection; admettons que le chloroforme, administré méthodiquement, a une action utile contre les paroxysmes. La suppression des attaques est-elle bien le but principal que le médecin doit se proposer? Les convulsions, à la vérité, sont parfois dangereuses par elles-mêmes, et il importe de les maintenir dans des limites compatibles avec la vie; mais ne voit-on pas la mort survenir le plus souvent pendant la période de résolution et de coma, alors que les paroxysmes ont complètement disparu?... Ce n'est donc pas dans les attaques que réside le principal danger; les attaques ne sont que des manifestations de l'atteinte nerveuse, et il importe relativement peu de s'opposer à ces manifestations; ce qu'il faudrait supprimer c'est l'atteinte nerveuse elle-même, c'est l'empoisonnement qui la produit. Or le chloroforme est impuissant à remplir cette indication capitale.

Il faut ajouter à cela que le chloroforme est un agent toujours dangereux, capable de produire l'arrêt, parfois définitif, de la respiration, et de déterminer tout au moins une dépression nerveuse profonde, redoutable surtout dans un état où les forces nerveuses sont déjà gravement atteintes.

Sans doute, toutes ces objections théoriques doivent tomber devant les faits, et on est tenté, malgré tout, d'employer le chloroforme ; quand on voit Chailly obtenir par ce moyen dix-sept succès sur dix-neuf cas !... Et Braun (de Vienne), seize succès sur seize cas !!... Malheureusement tous les observateurs impartiaux n'ont pas obtenu d'aussi beaux résultats, et plusieurs même, parmi lesquels M. Depaul, se sont formellement prononcés contre la méthode anesthésique. Je viens de citer un nouveau fait qui ne lui est pas favorable.

Ainsi donc, sans nier absolument l'utilité du chloroforme dans l'éclampsie, on doit le considérer comme un adjuvant, un palliatif, et non comme un véritable spécifique.

B. — Saignée. — Cette méthode de traitement, si anciennement connue, compte encore de nombreux et zélés partisans. On se propose généralement de s'opposer, par ce moyen, au raptus sanguin considérable que les accès violents et répétés produisent dans les centres nerveux. Mais la phlébotomie a-t-elle réellement le rôle qu'on lui attribue ? Il est permis d'en douter, quand on voit l'éclampsie se produire avec une symptomatologie remarquablement identique chez les sujets pléthoriques, et chez ceux qui présentent l'anémie la plus profonde et la plus évidente.

L'utilité de la saignée me semble devoir être attribuée à une tout autre cause. En vidant l'appareil vasculaire, on débarrasse en réalité la masse sanguine d'une quantité de poison d'autant plus considérabe que la saignée est plus abondante. Ainsi s'expliquerait l'efficacité des larges émissions sanguines recommandées par M. Depaul.

Malheureusement, à cet avantage se joignent des inconvénients. En même temps qu'on enlève au sang une partie de ses principes nuisibles, on lui soustrait aussi des éléments utiles : ce sont les globules et les parties du plasma destinées à l'assimilation. Or, la perte des globules entraîne la pénurie de l'oxygène transporté par eux jusqu'aux éléments anatomiques, et vient ainsi ajouter son influence nuisible à celle de l'asphyxie éclamptique. Et d'autre part, la perte d'éléments réparateurs du sang vient ajouter à la dépression nerveuse observée dans l'éclampsie, dont elle constitue un des principaux dangers.

Il y a, dans ces considérations et dans les nombreux cas d'insuccès consécutifs à l'emploi isolé de la phlébotomie, de quoi retenir le bras trop prompt à manier la lancette.

En résumé, tant au point de vue rationnel qu'au point de vue des faits, les moyens thérapeutiques généralement employés contre l'éclampsie grave sont le plus souvent insuffisants, et, en dépit de ces ressources, le pronostic de cette affection est d'une sévérité désespérante.

Devons-nous nous borner à cette constatation, et après cela continuer à suivre les errements du passé, ou bien tout abandonner aux efforts de la nature ? Devons-nous au contraire rechercher un traitement plus rationnel; plus efficace de l'éclampsie grave ?... C'est à ce dernier parti que je me suis arrêté.

Posons d'abord les indications présentées par l'éclampsie puerpérale; nous nous occuperons ensuite des moyens de les remplir.

1° Etant donnée la nature toxique de l'éclampsie, l'indication capitale, pathogénique, serait de détruire le poison contenu dans l'organisme. Malheureusement, cette indication n'est pas facile à remplir, non seulement parce que la nature du poison est encore inconnue, mais encore parce que ce poison est contenu dans le sang où il est difficile de l'atteindre. On peut pourtant, dans une certaine mesure, *évacuer le poison contenu dans le liquide sanguin.*

2° On doit encore combattre les principaux effets nuisibles résultant de l'empoisonnement. Un de ces effets le plus constant, le plus redoutable, *c'est l'asphyxie.* On la retrouve au deux périodes de l'éclampsie, où elle résulte soit des convulsions toniques, soit de la dépression des centres nerveux respiratoires et aussi de l'engorgement pulmonaire. *L'asphyxie est donc un sujet majeur d'indication.*

3° On ne doit pas oublier non plus certains symptômes importants qui diffèrent suivant la période considérée. Ainsi, dans la première période, les convulsions dominent, et il est rationnel de *s'opposer, dans une certaine limite, aux paroxysmes convulsifs.*

4° Enfin, dans la seconde période, se présente la dépression nerveuse résultant de l'action délétère du poison lui-même, de l'action excessive et désordonnnée du système nerveux, et souvent aussi de la médication employée. Il importe donc de *ne pas négliger cet épuisement des forces nerveuses.*

En résumé, quatre indications principales se présentent à nous dans l'éclampsie et l'on doit pour les remplir :

1° Débarrasser l'organisme du poison qu'il renferme.

2° S'opposer aux progrès de l'asphyxie.

3° Combattre les convulsions.

4° Soutenir et relever les forces du système nerveux.

Quels sont les moyens propres à satisfaire à ces indications diverses ?

Mentionnnons d'abord les évacuants, en particulier les purgatifs, et la saignée. Ces divers moyens ont pour but l'élimination du poison renfermé dans le sang. La saignée, en particulier, a pour résultat de soustraire directement à l'organisme une quantité de poison proportionnelle à l'abondance de l'émission sanguine. Mais on ne peut éviter d'enlever en même temps au sang des matériaux utiles; d'où la nécessité d'adjoindre à la saignée des moyens qui en corrigent les fâcheux effets.

L'asphyxie peut être combattue de deux ma-

nières : 1° par les inhalations d'oxygène. Il est facile de comprendre la modification pouvant être ainsi produite dans la composition gazeuse du liquide sanguin; 2° par la transfusion du sang. Celle-ci, en faisant pénétrer dans l'appareil vasculaire un sang contenant des globules sains, permet à l'oxygène contenu dans les vésicules pulmonaires de parvenir jusqu'aux éléments anatomiques.

La transfusion du sang aura aussi pour effet de reconstituer les forces nerveuses épuisées, et cette opération, en réparant simultanément les inconvénients de la saignée, pourra permettre des émissions sanguines beaucoup plus abondantes. — Dans le même but, on pourra employer les injections sous-cutanées d'éther.

Enfin les inhalations anesthésique pourront être administrées, pendant la première période, pour modérer les convulsions. On aura soin de ne pas les continuer pendant les paroxysmes et de les alterner avec les inhalations d'oxygène; celles-ci seront suspendues quelques minutes avant le retour présumé des attaques.

Telles sont les réflexions sur le traitement de l'éclampsie, qui m'ont été inspirées par le cas malheureux dont j'ai rapporté l'observation, et par l'insuffisance manifeste des moyens ordinairement employés contre cette redoutable maladie. Je n'ai pas de fait à citer à l'appui de la méthode que je propose; mais je serais heureux si la lecture de ces lignes pouvait donner à quelque confrère, placé dans des conditons favorables, le désir d'essayer ce mode de traitement. L'application en est peut-être un peu compliquée, un peu délicate; mais ces difficultés ne sont pas insurmontables, et il me paraît rationnel, en rapport avec l'état actuel de nos connaissances sur l'éclampsie puerpérale.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

DES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

(Diagnostic et traitement).

Ce sujet est un des plus controversés de la gynécologie, et la lecture des chapitres que lui ont consacrés les auteurs spéciaux, nous laisse dans un état de trouble et de perplexité vraiment désagréable.

L'accord n'existe, en effet, sur aucun point, entre des écrivains également réputés; ceux-ci arrivent aux conclusions les plus opposées sur la fréquence, la pathogénie, l'importance et le traitement, si bien que le lecteur, après avoir pris connaissance des affirmations contradictoires et n'ayant aucune raison pour repousser les unes plutôt que les autres, se demande anxieusement quelle conduite il tiendra lorsqu'il aura constaté chez une femme l'existence d'une de ces ulcérations si énigmatiques.

Nous avons, comme chaque médecin probablement, éprouvé cet embarras; mais nous avons aussi, comme tous les autres, constaté que ce sujet, singulièrement obscur dans la théorie, s'éclaire notablement à la lumière de la pratique.

Nous rappellerons en quelques mots les principales manières de voir des auteurs. Les plus anciens ont considéré l'ulcération du col utérin comme la cause des autre états morbides qui coexistent si fréquemment avec elle; la conséquence de cette manière d'envisager la question est la nécessité de chercher à reconnaître, le plus tôt possible, l'existence de l'ulcération, puis de la traiter avec la plus grande énergie, afin d'enrayer les complications qu'elle est supposée devoir entraîner à sa suite. — Pour d'autres gynéocologistes, l'ulcération n'est qu'un symptôme presque banal, commun à plusieurs états morbides de l'utérus ou du vagin, et il n'y a guère à s'en préoccuper, parce que l'ulcère guérira de lui-même, quand aura guéri la maladie primitive. Cette opinion a des adeptes de deux nuances, les uns qui attribuent le plus grand nombre des ulcérations du col à l'engorgement, les autres qui y voient simplement le résultat de la leucorrhée.

Un premier fait qui ne nous paraît pas contestable, c'est la fréquence des ulcérations du col; il n'est pas moins certain que les causes les plus diverses sont susceptibles d'amener des ulcérations, et que la constatation pure et simple d'une perte de substance du tissu du col ne signifie rien, si on ne cherche pas à en déterminer la cause; ici, plus que partout ailleurs, peut-être, la thérapeutique aveugle de la lésion seule est de nul effet.

Les auteurs classiques ont établi des classifications diverses, dont nous ne dirons qu'un mot. — Ainsi Courty distingue, au point de vue de la profondeur et de la durée de la perte de substance, l'exulcération, l'ulcération et l'ulcère, la première étant légère, superficielle; la seconde se développant surtout sous l'influence d'un état diathésique et se faisant remarquer par une destruction envahissante. — De Sinéty admet trois groupes : les lésions essentiellement bénignes, le plus souvent associées à la métrite; — d'autres également bénignes en tant que lésions locales, mais de nature contagieuse, vénérienne ou syphilitique; — d'autres, enfin, graves à la fois par leur tendance destructive locale, et par la généralisation à d'autres organes du processus néoplasique qui les a engendrées; le cancer par exemple. — M. Desprès avait admis quatre formes : ulcère érythémateux, glandulaire, chancreux, plaque muqueuse.

Il est facile de voir que toutes ces divisions sont attaquables, étant tantôt incomplètes, parce qu'elles ne comprennent pas toutes les variétés, et tantôt confondant des lésions dissemblables dont la thérapeutique doit varier.

Pour simplifier, nous allons nous supposer en face d'une malade soumise à notre examen, et passer en revue les conditions locales et générales qui peuvent nous amener au diagnostic.

Les malheureuses femmes qui sont atteintes

de *prolapsus utérin complet* à ce degré où le museau de tanche fait saillie hors de la vulve, présentent habituellement une ulcération de la muqueuse du col qui est de cause uniquement traumatique ; la réduction de la matrice et sa contention à l'aide du pessaire, pourront quelquefois suffire à guérir cette ulcération ; d'autres fois, le contact du pessaire lui-même contribuera à l'entretenir, et le seul procédé de guérison radicale sera l'élytrorrhaphie, qui consiste à cloisonner le vagin en avivant ses parois, puis en les réunissant par des points de suture.

L'examen de la vulve et des téguments voisins peut déjà nous mettre sur la voie d'une ulcération du col, ou tout au moins nous servir beaucoup à déterminer a nature de celle-ci, une fois constatée. En premier lieu, les dermatoses aiguës ou chroniques, herpès, eczéma, érythème, acné, susceptibles, suivant certains auteurs, d'affecter à la fois les organes génitaux internes et externes, les lésions chancreuses, les plaques muqueuses, les adénopathies inguinales doivent être notées.

Mais supposons que rien ne frappe notre vue à l'extérieur. Nous pratiquons le toucher avant d'appliquer le spéculum, précaution toujours indispensable afin de pouvoir saisir le col sans tâtonnement, sans douleur pour la malade, et sans écoulement de sang, car le doigt seul, s'il est déjà suffisamment exercé, nous fournit des renseignements de premier ordre. On peut d'abord constater la direction du col et du corps, leur volume et leur consistance, leur sensibilité, la liberté des culs-de-sac, toutes notions capitales et beaucoup plus importantes que l'existence d'une ulcération en elle-même. D'ailleurs, le doigt nous apprend si la muqueuse du col est lisse et recouverte de son épithélium ou dénudée de celui-ci et inégale, granuleuse, anfractueuse. Nous pensons n'être pas contredit par aucun gynécologue, en affirmant qu'à l'exception des exulcérations très insignifiantes, on doit savoir, par le toucher seul, constater l'existence d'une ulcération, et, dans certains cas, les constatations que nous avons faites peuvent nous interdire d'appliquer le spéculum, au moins provisoirement; ces cas sont l'existence d'un état inflammatoire aigu du vagin qui est chaud et excessivement douloureux, de masses pelvipéritonitiques dans les culs-de-sac, immobilisant l'utérus, ou d'un champignon fongueux, saignant au moindre contact avec grande abondance, comme dans certains épithéliomas. Dans tous ces cas, notre malade ne retirerait aucun bénéfice de l'application du spéculum, du moins provisoirement; quand nous aurions complété de visu nos renseignements sur l'aspect de l'ulcération dont le toucher nous a déjà révélé l'existence et certains caractères, cet avantage mince ne saurait compenser la douleur, l'augmentation des phénomènes inflammatoires, ou l'hémorrhagie inquiétante auxquelles nous expose, en pareils cas, l'introduction du spéculum.

A supposer qu'aucune de ces contre-indications à l'examen visuel du col n'existe, celui-ci étant embrassé par les valves du spéculum et détergé à l'aide d'un pinceau de charpie ou d'un bourdonnet d'ouate sec ou humide, au besoin même à l'aide d'une injection, quels sont les aspects qui peuvent s'offrir à nous?

En premier lieu, nous croyons devoir mettre en défiance contre un aspect ulcéreux ou plutôt pseudo-ulcéreux du col qui ne doit pas être interprété comme un état pathologique. Une fois sur quinze ou vingt femmes n'éprouvant aucun symptôme morbide du côté de l'utérus, on observe, dit Sinéty, dans une étendue plus ou moins grande autour de l'orifice externe, une surface irrégulière, tomenteuse, d'un rouge vif. Chez les nullipares, cet espace rouge est circulaire et augmente peu quand on presse sur les culs-de-sac vaginaux avec l'extrémité du spéculum; chez les multipares, cette manœuvre exagère considérablement les dimensions de la région paraissant ulcérée, en amenant un renversement des lèvres du col (ectropion artificiel). Cette coloration rouge-vif d'apparence ulcéreuse du pourtour de l'orifice, qui peut s'observer même chez le nouveau-né (Fischel), est due à une différence dans le revêtement épithélial. Car, tandis que la coloration rosée, l'aspect lisse et régulier du col résultent de la présence de l'épithélium pavimenteux, la teinte rouge-vif et l'apparence tomenteuse se montrent sur les points revêtus d'épithélium cylindrique. Or, chez les femmes qui présentent l'aspect pseudo-ulcératif, les cellules cylindriques se prolongent sur la partie libre du col, au lieu de tapisser uniquement la cavité cervicale comme chez les autres.

Si nous avons insisté sur ces pseudo-ulcérations, c'est que, trop souvent, des médecins peu familiarisés avec la gynécologie et s'effrayant facilement de l'existence d'une ulcération sur le col, se sont hâtés de cautériser la partie qui semblait ulcérée; par l'action du caustique, l'épithéliumse desquame en ce point; à des examens ultérieurs, l'aspect ulcéreux étant de plus en plus marqué, les cautérisations se succèdent sans profit aucun pour la femme.

C'est ici le lieu de dire que beaucoup de médecins abusent des cautérisations du col, surtout des cautérisations faites avec le crayon de nitrate d'argent. Car, ou bien l'ulcération n'est pas liée à un état inflammatoire des tissus sous-jacents, elle est soit une pseudo-ulcération, soit le résultat d'une dermatose du col, et elle ne réclame aucun caustique; passagère, elle guérira spontanément, comme l'herpès du col; diathésique, elle ne disparaîtra que si on traite l'état général; — ou bien elle est un épisode de la métrite et, pour en venir à bout, il faudra modifier bien plus profondément les tissus que ne peut le faire l'action éminemment superficielle du nitrate d'argent solidifié.

Les ulcérations du col utérin, que certains auteurs rattachent à des *dermatoses*, ont été l'objet des plus vives controverses, et, pour donner une idée de la divergence absolue des opinions d'auteurs très compétents, tandis que Courty décrit sous le titre « éruption du col utérin » l'érythème, l'herpès, l'eczéma, le pemphigus; que Guéneau de Mussy admet aussi ces lésions qu'il

réunit sous la dénomination *d'herpéitsme utérin*, en y joignant l'acné du col; — M. Gallard n'admet, en dehors de la syphilis et du cancer, que les ulcérations liées à la métrite et nie en particulier les lésions de nature herpétique. Cette dernière opinion nous paraît un peu radicale; nous reconnaissons parfaitement, avec M. de Sinéty, que la structure même du col oblige à repousser a *priori* l'existence sur le col de certaines affections de la peau, celles par exemple qui siègent dans les follicules pileux, dans les glandes sébacées ou sudoripares; l'acné qui, en dermatologie, estune folliculite plo-sébacée ne peut pas, à strictement parler, se montrer sur le col, mais M. Guéneau de Mussy, décrivant l'acné du col utérin sous la dénomination d'état acnoïde, a surtout voulu désigner l'aspect objectif et non le siège anatomo-pathologique de cette lésion, qui se présente sous l'apparence de petites taches jaunes, saillantes, arrondies; souvent entourées d'une auréole rouge plus ou moins foncée, pouvant être isolées, groupées ou disposées en couronne autour du méat utérin; puis, après l'issue de petites masses globuleuses semi-transparentes ou jaunâtres, se transformant en petites dépressions ulcéreuses.

Toutes les formes, que M. Guéneau de Mussy a confondues sous le nom d'herpétisme du col, peuvent aboutir à des ulcérations granuleuses, et, à cette période de leur évolution, il est impossible de les rapporter à telle lésion primitive, plutôt qu'à telle autre de la classification dermatologique. Mais nous sommes disposés à reconnaître que, en l'absence des causes les plus habituelles de métrite interne ou parenchymateuse (accouchements, avortements, excès de coït, etc.), « lorsqu'on voit une affection dartreuse de la vulve précéder le catarrhe utérin, puis ces localisations disparaître, et une bronchite opiniâtre leur succéder, puis celle-ci s'apaiser à son tour, et un point du corps se couvrir d'une éruption eczémateuse, et la malade parcourir plusieurs fois ce cycle pathologique entremêlé de névroses multiformes, on est en droit d'admettre que toutes ces lésions, tous ces troubles fonctionnels qui se remplacent, s'équivalent, expriment une même diathèse, une même modalité morbide de la constitution, » et, par suite, que l'ulcération constatée sur le col est une véritable dermatose dartreuse.

Nous admettons qu'il existe un *herpès* périodique du col pouvant accompagner la fluxion menstruelle, comme l'herpès périodique des lèvres. Les ulcérations qui succèdent à la rupture des vésicules, peuvent être finement grenues, superficielles, ou, dans d'autres cas, paraître profondes, fongoïdes, si les érosions se développent sur des cols mous, congestionnés, — aspect fongoïde qui n'est pas rare chez les sujets lymphatiques et pendant la grossesse. Ces érosions peuvent guérir rapidement, mais récidivent souvent. Presque toujours accompagnées de catarrhe utérin, comme les ulcérations banales de la métrite chronique, elles peuvent quelquefois être reconnues par la forme festonnée de leurs bords, et la coexistence d'autres ulcérations petites et arrondies autour de l'ulcération principale.

Les ulcérations VÉNÉRIENNES du col sont multiples.

La *blennorrhagie* peut en déterminer; il est rare qu'il n'existe pas, en même temps que les ulcérations blennorrhagiques du col quelque autre trace de l'affection contagieuse, telle que la vaginite, l'uréthrite (douleur en urinant, apparition d'une goutte de pus au méat urinaire, quand on presse le canal uréthral d'arrière en avant), la présence d'une gouttelette de pus à l'orifice des glandes vulvo-vaginales. Si on ne trouve aucun de ces signes dénonciateurs, on doit toujours se méfier d'un écoulement uniquement purulent, sans mélange de mucus. Si l'écoulement est muco-purulent, le mucus et le pus sont peu mélangés entre eux, les deux liquides étant séparément reconnaissables sur le bourdonnet d'ouate qui a servi à déterger le col (de Sinéty).

Le *chancre mou* se présente, mais très rarement, sur le museau de tanche avec des bords taillés à pic, une profondeur assez grande, un fond grisâtre, une sécrétion ichoreuse abondante qui réinocule l'ulcère sur la paroi vaginale en contact avec lui et s'accompagne souvent d'autres ulcérations chancreuses de la vulve avec bubon inguinal.

La *syphilis* peut toucher le col à l'état d'accident primitif, ulcération variant comme étendue entre la lentille et l'amande, de forme régulière, de surface assez unie, uniformément grise ou pointillée de rouge, ou gris-bleuâtre au centre, et d'un rouge vif sur les bords, sécrétant peu, se cicatrisant spontanément avec une grande rapidité. — Les syphilides secondaires érosives, tertiaires, gommeuses, ne présentent pas de caractères bien particuliers, on ne peut les diagnostiquer que par l'absence des causes locales capables d'engendrer l'ulcération du col et par la constatation d'autres signatures syphilitiques sur l'organisme.

Mais les plus fréquentes des ulcérations, qu'il nous soit donné de rencontrer dans la pratique, sont celles qui accompagnent les diverses formes de *métrite*. Courty, qui les a minutieusement décrites, dit que : « les unes se font remarquer par une exubérance de tissu, les autres par une perte de substance plus ou moins sensible. Dans la première de ces deux catégories se trouvent les ulcères granuleux, végétants, fongueux, variqueux, et généralement ceux qui dépendent de la métrite chronique, du catarrhe utérin ou simplement de la grossesse ou de quelque autre altération de la vie de l'organe. Dans la seconde se trouvent les ulcères creux, à fond grisâtre, indurés, à bords calleux, taillés à pic ou décollés, et généralement ceux qui sont entretenus par une affection diathésique. »

L'évolution de beaucoup d'ulcérations du col est liée aux modifications qu'impriment à l'utérus la *gestation*, l'*accouchement* ou l'*avortement*. Au fond d'une des déchirures que détermine si souvent la parturition sur les lèvres du col, se développe une érosion fissuraire; sous l'influence

de la malpropreté, des excès vénériens, celle-ci s'étend, passe à l'état d'ulcération granuleuse. Si une nouvelle grossesse survient, l'état congestif chronique qui s'établit pendant plusieurs mois, le ramollissement physiologique du col, la leucorrhée, sont autant de circonstances qui favorisent l'extension de l'ulcération, sa tendance à végéter d'une manière exubérante. Elle se caractérise alors par des bords irréguliers, mal limités, l'existence de granulations ou de fongosités mollasses, facilement saignantes, une coloration vineuse ou violacée, une sécrétion très abondante. L'accouchement est suivi d'une involution utérine incomplète ou vicieuse; une métrite se développe qui porte plus ou moins sur la muqueuse du corps ou de la cavité du col, sur le parenchyme lui-même; des déviations de l'organe, des inflammations péri-utérines se produisent, et l'aspect de l'ulcération se modifie en ce sens, que les symptômes propres au travail inflammatoire de l'utérus et de son col priment les caractères de la perte de substance. Ce n'est pas le traitement de l'ulcération qu'on doit se proposer, c'est le traitement de la métrite ou de la périmétrite.

Enfin deux catégories d'ulcérations peuvent se présenter encore à nous. Les ulcères *tuberculeux*, qui n'ont pas de caractères cliniques propres autres que leur coexistence avec les autres signes de la tuberculose des organes génitaux; les ulcérations *cancéreuses*, dont les signes sont beaucoup plus spéciaux : — Un utérus immobilisé de très bonne heure, enclavé dans le petit bassin, des troubles fonctionnels fréquents, des ménorrhagies et des métrorrhagies, écoulement d'un liquide séreux et roussâtre alternativement, fréquemment d'odeur putride, — une ulcération en entonnoir, à bords durs, saillants, irréguliers, champignonneux, qui saigne facilement et dont les bourgeons végétants, d'une coloration livide ou violacée, tranchent sur la pâleur de la muqueuse ambiante.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entrés relativement à l'importance de la notion étiologique, font comprendre quelle doit être, à notre avis, la conduite à tenir au point de vue THÉRAPEUTIQUE.

Les pseudo-ulcérations qui siègent au pourtour du méat utérin et ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel, ne doivent être aucunement touchées. Les érosions qui semblent être le résultat de dermatoses (herpès, eczéma), sont justiciables du traitement général et d'un traitement local peu énergique. Les ulcérations qui accompagnent la métrite, guérissent en même temps que celle-ci. Voilà les indications générales, précisons un peu plus.

En premier lieu, se préoccuper de l'état constitutionnel de la malade. Arthritique, il lui faut des alcalins; — lymphatique ou strumeuse, de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, de l'arsenic; — syphilitique, du mercure et de l'iodure de potassium.

En second lieu, l'hygiène locale comporte l'abstention de toute fatigue sexuelle, s'il existe le moindre indice de poussée phlegmasique aiguë ou subaiguë; — dans les vieilles métrites, il est impossible d'espérer que les malades observeront l'abstention qui leur serait recommandée, d'une manière continue, mais elle doit être exigée quelques jours avant, pendant et après l'époque menstruelle.

Les irrigations et les bains sont de puissants moyens d'action. La nature du liquide, qui servira aux *injections*, devra varier suivant la nature de l'ulcération; chaque praticien a ses préférences et les livres de gynécologie indiquent une foule de substances. Nous employons le plus habituellement le coaltar saponiné, très bon antiseptique, en mettant une ou deux cuillerées par injection, ou un mélange d'alcool, de chloral et d'essence de thym, quand l'abondance et l'odeur des sécrétions sont plus marquées. La température du liquide n'est pas indifférente; nous préférons les injections tièdes aux froides; mais dans les cas où il faut réveiller la vitalité des tissus mollasses, les injections chaudes ont une utilité réelle. Les injections doivent être faites deux fois par jour pour éviter la stagnation prolongée des sécrétions dans les culs-de-sac vaginaux au contact du col.

Les bains agissent à la fois par leur action générale, en modifiant la nutrition de l'organisme, et par une action topique, si la malade a soin de se munir toujours d'un spéculum à bains ou d'une canule de fort calibre, qui permette au liquide médicamenteux de venir baigner le fond du vagin. Nous ordonnons les bains alcalins aux arthritiques, les bains sulfureux et les bains salés aux scrofuleuses. Les bains salés nous ont toujours paru avoir une excellente influence sur la métrite parenchymateuse, surtout sous forme d'eaux minérales chlorurées naturelles.

Arrivons à la thérapeutique *topique*. Nous avons presque absolument renoncé aux attouchements avec le crayon de nitrate d'argent; quand nous employons le sel lunaire, c'est en solution dans laquelle nous trempons un petit bâtonnet, à l'extrémité duquel est enroulé un mince tampon d'ouate. Mais le topique caustique auquel nous donnons la préférence est l'acide chromique, employé avec précaution, et appliqué juste à l'endroit que nous voulons modifier, sans qu'il s'en écoule sur les parties voisines. Nous employons aussi les attouchements avec la teinture d'iode.

Pour faire le *pansement,* nous introduisons un tampon d'ouate, muni d'un bout de fil qui pend à la vulve et permet à la malade de le retirer au bout de quelques heures; nous l'imprégnons soit de glycérine, de glycérolé iodique ou tannique, soit de coaltar, soit de chloral alcoolisé.

Mais les deux meilleurs moyens dont nous disposons, pour modifier les ulcérations du col, suivant telle ou telle indication spéciale, sont les *scarifications* et l'*iguipuncture*.

Quand l'ulcération repose sur un col violacé, manifestement congestionné, quand la surface de l'ulcère est végétante, quelques scarifications linéaires faites en divers sens amenant un écoulement sanguin assez abondant sont suivies d'une tendance à la cicatrisation plus rapide.

Quand le col est volumineux, dur, déformé, que les lèvres sont en ectropion, une demi-dou-

zaine de cautérisations ponctuées, suivies d'un traitement antiphlogistique, si quelque réaction inflammatoire se produisait, donne un excellent résultat en amenant le resserrement des tissus et en ravivant leur vitalité.

Mais une règle absolue est de ne pratiquer ces deux opérations que sur des malades qui puissent immédiatement rester étendues dans leur lit, au repos le plus complet, pendant trois ou quatre jours pour les scarifications, et une semaine pour les cautérisations actuelles. PAUL GERNE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINS ET COMPAGNIES D'ASSURANCES.

Mon cher Directeur,

Je vous adresse la note suivante que vous publierez dans le *Concours*, si vous le jugez à propos :

Allez, vous êtes une Ingrate !...

Un entrepreneur de ballastage, M. J... (ligne d'A... à G...) a contracté une assurance avec la Compagnie l'Urbaine et la Seine. Aux termes de la police d'assurance, la Compagnie qui m'a choisi comme médecin à G..., se déclare responsable des honoraires dus au Docteur pour soins donnés aux ouvriers de M. J... en cas d'accidents survenus pendant le travail. — Entre les deux points extrêmes de la ligne, les travaux sont divisés en sections. A chaque section est attaché un médecin, qui, en cas de besoin, peut être appelé par son confrère de la section voisine.

Ces préliminaires sont nécessaires pour l'intelligence de la question que je viens soumettre à votre appréciation, ainsi qu'au jugement de mes confrères du *Concours Médical*.

Voici le fait :

Le 9 juin 1883, à 8 heures dn soir, un campagnard vient me trouver, chez moi, porteur du billet suivant : Amputation d'un bras et d'une jambe. Urgence. Signé : R... (nom du médecin d'O...).

Un jeune pâtre qui se trouvait, paraît-il couché sur la voie du chemin de fer en construction, avait été écrasé par un train de ballast.

L'envoyé me priait, en outre, de réclamer l'assistance d'un troisième confrère, si je jugeais la chose nécessaire. Je crus, en effet, que pour une double opération d'une importance aussi grande, la présence de trois médecins serait loin d'être superflue. Sans demander d'autres explications, j'allai donc quérir mon confrère le Dr C..., je me munis de mes instruments, de charpie d'eau phéniquée etc. et me disposai à partir.

Sur ces entrefaites, arriva M. M..., chef de section au *service de l'Etat* sur cette ligne. Il venait activer mon départ, disant que l'entrepreneur avait fait préparer un wagonnet à sable (sic), qui, à l'aide d'une locomotive, devait nous transporter plus rapidement au lieu du sinistre.

Bref, nous partons. Après un parcours de quatorze kilomètres environ, pendant lequel nous manquons être tamponnés par un train venant sur nous, nous arrivons auprès de notre blessé auquel nous pratiquons la désarticulation de l'épaule droite et l'amputation de la jambe du même côté.

Jusqu'ici, point de discussion. — Mais quelques jours après, lorsque le quart d'heure de Rabelais, fut arrivé, c'est-à-dire lorsque je présentai à l'entrepreneur ma note, laquelle s'élevait à 300 francs (honoraires du confrère appelé par moi et les miens compris), alors commencèrent les difficultés.

1° L'entrepreneur m'adressa à la compagnie l'Urbaine et la Seine.

2° La compagnie d'assurances me renvoya à l'entrepreneur, prétendant qu'elle n'était responsable des honoraires que pour les accidents survenus aux ouvriers de M. J. et non *à des tiers*.

3° L'entrepreneur me pria d'adresser alors ma réclamation à l'administration représentée par le chef de section M. M..., sous prétexte que M. M.... était venu me chercher.

4° Le chef de section m'adressa de rechef à l'entrepreneur.

5° L'ingénieur en chef, auquel je m'adressai en dernier ressort, *ne répondit même pas à ma lettre*.

CONCLUSION. — Tout le monde a couru chercher le médecin et j'ajouterai même lui aurait tressé des couronnes..... au moment du péril.... mais ensuite, personne ne voudrait le payer.

Que me conseillez-vous de faire ?

1° Dois-je poursuivre l'entrepreneur ?

2° Dois-je poursuivre l'administration dans la personne du chef de section ?

3° Dois-je, au contraire, m'adresser à la famille de l'enfant, laquelle est pauvre et n'est pas venue réclamer mes soins ?

4° Dois-je, en exigeant de mon confrère R.... le paiement de mes honoraires et de ceux de mon confrère C......, contraindre M. R....... à s'occuper du recouvrement général ?

5° Dois-je me résigner à faire le sacrifice de mes honoraires et des médicaments que j'ai achetés ?.... Mais, alors ai-je le droit de sacrifier les honoraires dus à mon confrère C.... appelé par moi ?

Il est un fait positif, indiscutable, c'est que mon confrère R..... comme moi médecin de la Compagnie l'Urbaine et la Seine, m'a requis parce que je suis médecin de cette Compagnie. Mais la Compagnie d'après ses conventions avec M. J.... ne garantit pas les accidents survenus *à des tiers*...

Très bien !... Pourquoi alors l'entrepreneur ne communique-t-il pas cette clause aux médecins ?

Dans tous les cas, j'espère que nos confrères tireront profit de la leçon qui m'est donnée et que, si pareil cas se présente pour eux, ils sauront se mettre en garde, en exigeant *avant d'agir*, de sérieuses garanties.

Nous ne pouvons accepter qu'on fasse courir le médecin, qu'on l'expose à des dangers, et qu'on le paie ensuite avec ces mots de la fable !

Allez, vous êtes une ingrate !....
Ne tombez jamais sous ma patte.

Dr B..... à G.... (Loiret).

II

LES CRÉANCES PRIVILÉGIÉES.

Un de nos confrères de Paris nous a adressé la question suivante :

« En cas de vente de mobilier, après décès du « malade, le propriétaire passe-t-il avant le mé- « decin ? »

Nous basant sur l'article 2101 de la loi, nous avons répondu par la négative. Cet article, dans *lequel il n'est point question du propriétaire*, est ainsi conçu :

« Les créances privilégiées sur la généralité « des meubles sont celles ci-après exprimées, et « s'exercent dans l'ordre suivant : 1° les frais de « justice ; 2° les frais funéraires ; 3° les frais quel- « conques de la dernière maladie ; 4° et 5° les sa- « laires des domestiques, les fournitures... »

Notre savant collaborateur, M. Legrand du Saulle, si compétent sur toutes les questions de jurisprudence médicale, nous a écrit à ce sujet la note suivante :

« La cour de cassation a décidé que les frais de « la dernière maladie ne pouvaient être *colloqués* « qu'après ce qui est dû au propriétaire pour « loyer. »

« Engagez donc M. B... à ne point résister. »

(*Courrier médical*). M. D.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

GYNÉCOLOGIE

Emploi de la résorcine en gynécologie.

La *résorcine*, découverte en 1860 par *Hlasiwetz* et Barh, est soluble dans l'eau en grande proportion, et dans la plupart des liquides, à l'exception du chloroforme et du sulfure de carbone. Il résulte des recherches de Andeer, en 1877, et de Dujardin-Beaumetz et Callias, en 1881, que la résorcine en solution de 0 gr., 50 à 1 gram. pour 100, est un antiseptique énergique.

MM. Leblond et Fissaux ont expérimenté cette substance comme topique, à Saint-Lazare, dans le *traitement du chancre simple chez la femme*; ils rapportent, dans les *Annales de Gynécologie*, une série d'observations démontrant qu'avec ce mode de pansement, la guérison du chancre mou est obenue, en moyenne, au bout de vingt-trois jours, tandis que l'iodoforme ne donne un semblable résultat qu'après trente-huit jours. En outre, la résorcine n'a pas l'inconvénient de l'iodoforme, dont l'odeur désagréable et révélatrice est, à juste titre, redoutée par un grand nombre de malades. La formule proposée par MM. Leblond et Fissaux est la suivante :

Eau distillée 20 gram.,
Résorcine 5 gram.;

Ils ont employé également la résorcine en poudre. Jamais ils n'ont observé de phénomène d'intoxication.

M. Chéron a aussi employé avec succès cette substance dans le traitement de la vaginite purulente, aussi bien dans la période aiguë queconsécutivement à cet état, de deux façons différentes.

« Lorsque la douleur est telle qu'on ne peut iutroduire aucun spéculum, je fais porter jusqu'au fond dn vagin une canule longue à injections, en gomme élastique, et je fais faire trois fois par jour une irrigation de six à dix minutes de durée avec la solution suivante :

Résorcine........ 10 grammes.
Aqua fontis....... 1,000 —

« Grâce à l'emploi de cette irrigation, la purulence diminue promptement ainsi que la douleur au toucher, ce qui permet d'employer la résorcine sous la forme pharmaceutique suivante.

Glycérolé d'amidon. 60 grammes.
Résorcine......... 6 —

« Porter au fond du vagin, à l'aide du spéculum, un tampon d'ouate bien enduit de ce glycérolé, et le laisser en place pendant 12 à 15 heures. — Faire ce pansement tous les deux jours.

« Avec la résorcine, la guérison est plus rapidement obtenue qu'avec les émollients et le glycéré de tannin. »

Rappelons, pour mémoire, que, dans cette dernière affection, l'emploi du *coaltar* n'est pas à dédaigner.

Préparations contre le prurit vulvaire

1° *Lotion de Gowland,* contenant 15 centigrammes de sublimé pour 100 grammes de lait d'amandes amères.

2° *Lotion du Dr E. Vidal*, contenant de 3 à quatre grammes de chloral hydraté pour 100 grammes d'eau de roses. Après ces lotions, on saupoudre avec de l'amidon.

3° *Pommade du Dr N. Guéneau de Mussy.*

R. Glycéré d'amidon........... 20 grammes.
Sous-nitrate de bismuth..... 1 —
Bromure de potassium....... 1 —
Calomel.................. 0.50 centig.
Extrait de belladone......... 0.25 centig.

En mettre le soir sur la région prurigineuse.

(*Gaz. hebd*).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

— Dr W. à D. 4 décembre.
On inscrit votre adhésion à la *Caisse des pensions.*

— Dr C. à St.-O.,
Merci de votre envoi.

— Dr D. (Paris), 3 décembre.
Vos observations ont été transmises à M. Lande.

— Dr T. à B. (Yonne), 4 décembre.
On inscrit votre adhésion à la *Caisse des pensions.* La prime annuelle type à payer sera de 100 francs, et variera avec l'âge. Nous insérerons bientôt le rapport de M. le Dr Lande.

— Dr V. à A. (Gers).
Nous ferons le necessaire, dans la mesure de notre pouvoir.

— Dr S. 892.
On mettra à profit les renseignements que vous avez bien voulu nous faire parvenir.

— Dr G. a St-M. (Ardèche), 8 décembre.
Non, la Commission n'a pas adopté le projet Bertin. Elle en a trouvé les bases fragiles. Le projet définitif et les statuts seront publiés dès que le projet sera complet. Un peu de temps de plus n'est pas du temps perdu, lorsqu'il s'agit d'une organisation aussi sérieuse. M. Lande, le rapporteur, doit prendre toutes ses mesures et ne nous fera pas attendre.

— Dr R. à P. (Gironde).
On inscrit votre adhésion au principe de la *Caisse des pensions.*

— Dr de V. à M. (Isère).
On donnera la formule connue de ce remède secret. Il est regrettable, en effet, que M. L. ait conservé pour lui la formule de l'autre mode thérapeutique qui vous a rendu des services si extraordinaires. Vous pourriez faire des recherches. Cela en vaudrait la peine si les faits énoncés étaient appuyés d'observations contrôlées.

— Dr E à L. B. (Puy-de-Dôme), 9 décembre.
On publiera votre communication au courrier.

— Dr B. à St-N. (Loire-Inférieure).
On a envoyé, sur leur demande, un no 34, contenant une formule d'adhésion à signer, à MM. les Drs B. et H. Ils viennent de votre part; nous vous en remercions et vous prions de leur rappeler qu'on ne peut-être être inscrit membre de la société sans signer la formule commune.

— Dr J. à G. (Eure).
Votre lettre était sans indication de lieu, signature illisible. Le Conseil judiciaire avait pris la peine de vous répondre de suite. Mais,

comme vous le concevez, sa réponse a pris une fausse direction, et n'a pu vous parvenir en temps utile.

Ce n'est pas être très exigeants que de demander à nos correspondants : 1° signature lisible, 2° lieu de résideuce, 3° département, 4° numéro d'ordre, inscrit sur chaque bande du journal. — On nous évite ainsi des pertes de temps en recherches fastidieuses, et on s'évite des retards de réponse.

— Dr I. (Alpes-Maritimes).

Il est certain que, d'après vos détails, l'organisation n'est pas eugagée convenablement; il vous appartient d'aviser, de concert avec vos amis, de telle façon qu'une question de personne ne puisse compromettre le succès de la tentative.

— Dr N. à N. 11 décembre.

Nous envoyons votre compt-rendu des actes du Syndicat à M. Barat-Dulaurier, pour le Bulletin — ou supprimera ce qui a trait au fait particulier.

— Dr G. 452.

On inscrit votre adhésion à la *Caisse des pensions*.

— M. T. 2279 à B.

Veuillez proposer vos solutions — on les publiera. — Prière de nous envoyer le rapport du Dr *Floreal*.

— Dr V. 2681.

Cela ferait double emploi et ce serait saus résultat sérieux.

— M. B. à L. F. 14 décembre.

Pourquoi alors ne faites-vous pas partie du Syndicat — c'est dans cette association que vous pourriez trouver les moyens d'éviter ce que vous signalez. Dire : Je n'en fais pas partie parce que... n'est pas le moyen d'ameuer des améliorations dans les rapports des medecins entre eux.

— Dr G. à N.

Vous avez dû voir bieu souvent que ces communications ne se font pas. On pourra faire part de votre travail, et ceux qui le désireront, en feront la demande.

— On s'y prendra de bonne heure pour fixer la *Réunion*.

— Dr B. D. à St A.-(Gironde), 14 décembre.

Votre envoi a été remis — La liste vous avait été adressée le 12 au soir. — On renouvelle.

— Dr C. à St-M. (Deux-Sèvres).

Ce sont des fais de charlatanisme à son plus haut degré. — Le médicament a-t-il quelque valeur? Nous ne saurions répondre. On vous inscrit pour la *Caisse des pensions*.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

15 Décembre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 55

SOMMAIRE

BULLETIN

Dans une savante réponse à M. Bouchardat, M. *A. Béchamp* (de Lille) fait remarquer combien la théorie de l'éminent hygiéniste, sur la genèse des maladies, se rapproche de celle que lui-même soutient depuis si longtemps. Mais si, par organites, on entend *généralement* désigner de simples éléments anatomiques, cellules ou globules, M. Bouchardat a changé la signification de ce mot, en faisant des organites de véritables organismes vivants : en d'autres termes, cet auteur a prêté aux cellules des aptitudes et des fonctions, qui sont le propre des microzymas, que ces microzymas soient à l'état de liberté dans les liquides et les organes de l'économie, ou bien qu'ils soient parties intégrantes et constituantes essentielles des cellules et des tissus.

M. Béchamp termine en remarquant, comme nous l'avions déjà fait nous-même (N° 46, page 578), combien est impropre le terme de *parasite* appliqué à un *élément normal* de l'économie.

A propos de la communication de M. G. Sée sur l'importance des bacilles dans la diagnostic de la tuberculose, M. *Colin* (d'Alfort) dit qu'il ne s'agit pas de savoir s'il y a, ou non, des bacilles dans les crachats des phthisiques, mais bien si ces bacilles n'existent que dans les crachats de semblables malades.

Sans aucun doute, ajoute-t-il, il y a des microbes dans les crachats des phthisiques ; et comment n'y en aurait-il pas, puisque l'appareil respiratoire est exposé à recevoir, avec l'air qui le pénètre, une foule de germes de diverses sortes ? Mais les caractères attribués au microbe de Koch ne paraissent pas suffisants à M. Colin pour en faire un microbe *spécial*. Quant aux expériences d'inoculations pratiquées avec des matières tuberculeuses, M. Colin les considère comme n'ayant pas de valeur, puisque l'on obtient des résultats analogues, en inoculant des matières non tuberculeuses.

M. Colin ne croit pas à la nature parasitaire de la tuberculose.

M. *G. Sée* repond que ce sont les germes, et non les bacilles, qui proviennent du dehors, les bacilles étant fabriqués par le malade lui-même, et ne pouvant d'ailleurs vivre à une température inférieure à 30° ou supérieure à 90° — L'inoculation de produits tuberculeux, dépourvus de bacilles, ne donne que des résultats négatifs, tandis que l'inoculation du bacille donne le tubercule vrai, indéfiniment inoculable. — La présence du de bacille de Koch, constatée à toutes les périodes de la phthisie, implique la nature parasitaire de la maladie.

M. *Colin* se propose de continuer la discussion dans la prochaine séance.

M. *Foville* lit un travail sur l'Etude comparative des législations étrangères en ce qui concerne les aliénés traités à domicile. Il semble ressortir de cet examen comparatif que le service à établir devrait satisfaire aux deux conditions suivantes :

1° Présenter plusieurs degrés hiéarchiques de surveillance se contrôlant l'un l'autre.

2° Être centralisé entre les mains d'un corps spécial relevant directement de l'Etat.

Dans un de nos derniers Bulletins (n° 47), nous avons indiqué la présentation, faite à l'Académie par M. le Dr Sandras, d'un biberon muni de deux tubes et destiné à faire des inhalations antimicrobiques. M. Le Fort (de Lille) nous écrit, à ce propos, pour nous rappeler son inhalateur à deux tubulures, réclamer la paternité de la méthode et nous en vanter les bons effets dans la phthisie. Nous avons signalé, en son temps, la communication que notre excellent confrère, M. Le Fort, nous avait faite de son procédé, et aujourd'hui, nous lui donnons très volontiers acte de sa réclamation.

ÉLECTION. — M. *Cazeneuve*, de Lyon, est élu membre correspondant dans la division de chimie et pharmacie.

— La *Société d'anthropologie* a renouvelé son bureau pour l'année 1884. Elle a élu *Président*, M. HAMY; *Vice-Présidents*, MM. DUREAU et LETOURNEAU; *Secrétaire général*, M. TOPINARD; *Secretaire général adjoint*, M. GIRARD DE RIALLE; *Secrétaires annuels*, MM. PRAT et ISSAURAT. Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Note sur les manifestations articulaires des oreillons;

par le Dr Edmond CHAUMIER.

OBSERVATION

Le vendredi 20 avril 1883, je suis appelé auprès du nommé P......, âgé de 19 ans, demeurant à la Poulinière, commune du Petit-Pressigny.

La semaine précédente il a eu les oreillons, dont il n'a pas beaucoup souffert. Dimanche dernier, n'étant pas complètement guéri, il est allé à l'assemblée du Petit-Pressigny où il a dansé.

Le mardi, le testicule droit a commencé à se prendre, et aujourd'hui il est gros comme le poing. Il n'a ni fièvre ni douleurs.

Les autres enfants ont également eu les oreillons, ainsi que la grand-mère. Ils ont beaucoup plus souffert que notre malade.

24 — Le malade s'est levé tous les jours malgré la défense qui lui en avait été faite. Le testicule a diminué de volume; mais avant-hier soir est survenue une douleur dans l'épaule gauche. Cette douleur a déjà un peu diminué; aujourd'hui il souffre à l'épaule droite au point de ne pouvoir remuer le bras. — Rien au cœur.

26 — S'est encore levé. — Le testicule n'est guère plus gros qu'à l'état normal. — La douleur persiste aux deux épaules, surtout à droite. Hier, légères douleurs dans une jambe — Sueurs à la face — Peu de fièvre — Pas de soif; langue blanche. — Le premier temps à la pointe est peut-être un peu sourd.

Le malade se plaint depuis hier d'un peu de mal de gorge; les amygdales sont à peine rouges.

28 — La douleur a diminué dans l'épaule droite qu'il peut remuer; elle persiste dans l'épaule gauche — Bruits du cœur très nets. Pas de sueur. — Le testicule a encore diminué, il est un peu plus petit que le gauche. — S'est levé hier.

Les jours suivants, l'amélioration a continué et, au bout de cinq ou six jours, le malade a repris son travail.

Ce jeune homme n'avait jamais été malade. Les frères et sœurs ont également toujours été bien portants. Aucun d'eux n'a eu d'eczéma à la face ou au cuir chevelu.

La mère à quelquefois des maux de tête légers. L'année dernière elle a eu une ulcération de la cornée. — Le père a toujours été bien portant.

La grand-mère, âgée de soixante-quinze ans, a, depuis quelques années, des douleurs dans la hanche et dans la région lombaire.

RÉFLEXIONS

J'ai cru qu'il était bon de rapporter cette observation, surtout en ce moment, où l'étude des manifestations articulaires des maladies infectieuses semble être à l'ordre du jour (1).

Des observations semblables ont déjà été publiées. « Quatre fois sur 61 cas d'oreillons, le Dr Jourdau (2) a noté des douleurs articulaires siégeant dans les épaules, les coudes et les poignets. Ces douleurs ne s'accompagnaient pas de gonflement et disparaissaient au bout de cinq à huit jours. » (*Dict. encycl. des sc. méd.* ART. OREILLONS).

Trousseau a également observé des douleurs articulaires dans le cours de cette maladie.

On peut interpréter ces faits de deux manières: 1°. — On peut dire, comme on l'a dit pour le

(1) Voir *Concours médical*, 29 septembre 1883.

(2) Relation d'une épidémie d'oreillons au 28e bataillon de Chasseurs à Dax (Recueil mém. méd. milit. 1878).

rhumatisme blennorrhagique, que la maladie infectieuse réveille une diathèse persistante; que le sujet devait être arthritique et que les oreillons n'ont fait que donner un coup de fouet à la maladie constitutionnelle.

Mais on remarquera que mon jeune malade n'avait aucun antécédent de cette nature; qu'il n'a jamais eu ni migraine, ni asthme, ni eczéma, ni dyspepsie, ni rhumatisme; que ses frères plus jeunes n'ont jamais présenté de croûtes, ni de suintements sur le cuir chevelu ni ailleurs; que les douleurs de tête légères accusées par la mère, que son altération de la cornée, et que la douleur de hanche de la grand-mère de soixante-quinze ans, ne suffisent pas pour caractériser une diathèse quelconque.

2° — La seconde explication, qui, je crois, est la bonne, est la suivante ;

Les oreillons ne sont pas une maladie locale; mais une maladie contagieuse à manifestations multiples. Parfois, et le plus souvent, les parotides seules sont atteintes; mais, d'autres fois, la maladie se manifeste sur les glandes sous-maxillaires, les amygdales, les testicules, les mamelles, les ovaires, etc.

Pourquoi ne pourrait-elle pas se manifester également sur les articulations?

De même que la syphilis dont l'action peut se montrer sur tous les tissus de l'économie, et qui peut revêtir des formes si nombreuses et si variées, peut aussi se borner au chancre et à la plaque muqueuse; de même les oreillons, qui peuvent atteindre un certain nombre d'organes, peuvent aussi n'en atteindre qu'un ou deux.

On a vu des cas où le testicule, où la glande sous-maxillaire étaient envahis sans inflammation de la parotide; il serait curieux de rechercher si les autres manifestations des oreillons peuvent aussi exister isolément.

II

Pratique obstétricale.

DE LA DÉLIVRANCE

Par le docteur LANGLAIS, *de Pontivy.*

Il y aurait tout un livre à faire sur la différence de traitement des maladies à la ville et à la campagne. Cette idée m'est suggérée par une partie de l'article de M. P. Gerne, *Rétention du placenta*, n° du 17 novembre.

L'auteur ne parle, il est vrai, que de la rétention après avortement; mais sa méthode doit évidemment s'appliquer à la délivrance à terme (1). Or, voici en quoi elle se résume : Saisir le placenta entre les cuisses de la femme, ou dans le vagin, quand il s'y présente; dans le cas contraire, se bien garder d'introduire la main dans l'utérus pour l'y chercher, mais pratiquer des injections vaginales ou intra-utérines contre l'infection putride, et le tamponnement contre l'hémorrhagie.

C'est ce traitement que, pour mon compte, j'ai toujours mis en usage à la ville, et toujours le succès m'en a démontré l'efficacité.

Mais ma pratique s'étend dans une large mesure à la campagne, et ici je fais tout le contraire. Au lieu de l'*expectation armée*, c'est l'*extraction à tout prix.*

Avant que j'indique le motif d'une pareille conduite, tout le monde l'a deviné. En ville, le médecin a, jour et nuit, ses malades sous la main. La famille le prévient à la moindre alerte; lui-même, en passant à la porte de ses accouchées, entre, examine : odeur putride, frissons, hémorrhagie, rien ne lui échappe, et le traitement arrive *citò* et *tutô.*

Combien à la campagne les conditions sont changées! Le médecin fait l'accouchement : Croyez-vous qu'il sera rappelé? Il faudrait pour cela un danger trop apparent : or, l'infection putride n'est pas une maladie à grand fracas, capable d'effrayer nos paysans, que n'effraie guère que le délire ; il faudrait encore une abondante perte de sang : or, souvent on ne la remarque pas, ou bien si la malade la signale à son entourage, le médecin arrive trop tard.

En voici un exemple. Hier, je fus mandé à 15 kilom. pour une femme qui la veille avait mis au monde deux jumeaux à six mois, et n'était pas délivrée. Je trouve une femme exsangue, avec insensibilité de la rétine, tintements d'oreilles, pouls imperceptible, algidité. J'aurais peut-être dû la laisser achever de mourir sans plus ample examen ; cependant, ma main introduite dans le vagin sentit le placenta engagé dans le col et le retira sans efforts. Mais il était trop tard. La malade ne perdait plus de sang depuis deux ou trois heures : il avait coulé toute la nuit. Une heure après, elle s'éteignait doucement. En ville, on eut fait le tamponnement, et conjuré l'hémorrhagie : là-bas, trop loin, dans la forêt, si j'avais assisté à l'avortement, j'aurais extrait le placenta, avant de quitter la malade, et elle eût été également sauvée, comme en ville, mais par un autre moyen.

Au lit de cette malheureuse, j'ai revu une femme qui faillit avoir le même sort il y a trois ans. Heureusement que son mari, plus diligent, vint me chercher en toute hâte, et que je pus extraire encore à temps le placenta pour arrêter l'hémorrhagie et garder à la malade le peu de sang qui lui restait.

Et la résorption putride, allez donc la combattre à la campagne! Les villageoises pratiqueront-elles des injections vaginales, elles qui ne connaissent même pas le lavage de la vulve? Sera-ce le médecin? Il y a quelques années, je soignais une paysanne, accouchée depuis quatre ou cinq jours, chez laquelle une portion du placenta était restée dans l'utérus. L'infection putride s'était déclarée. C'était l'hiver, à 8 kilom. et par des chemins!... Je m'astreignis à faire le voyage matin et soir

(1) Notre collaborateur n'a entendu parler que de la rétention du placenta dans les cas d'avortement. (*Note de la Rédaction*).

pour pratiquer des injections intra-utérines avec une solution chlorurée. Alors, au début de ma carrière, avec peu de clientèle, c'était possible. Mais aujourd'hui! Mon dévouement serait toujours à la hauteur d'une pareille tâche, mais mes forces n'y suffiraient plus. Ainsi, en juillet dernier, j'ai vu une femme dans le même cas. Je pus encore extraire des fragments placentaires d'une fétidité repoussante. Mais, vu la distance et mes occupations, il me fut impossible de poursuivre l'unique traitement capable de sauver cette pauvre abandonnée, et elle succomba avec tous les symptômes de l'infection putride.

Je ne quitte donc jamais une accouchée à la campagne avant d'avoir mis, suivant la coutume de nos paysans, le placenta à brûler sous les cendres chaudes du foyer. J'ai fait une douzaine de délivrances artificielles, et je n'ai jamais eu à déplorer d'accidents consécutifs. J'ai, dans ma clientèle, à la campagne, deux femmes pour lesquelles on ne m'appelle qu'après la naissance de l'enfant, trois fois chez chacune d'elles, j'ai décollé le placenta très adhérent, et malgré les manœuvres les plus pénibles pour elles, ces deux paysannes se sont rétablies très vite.

Enfin, s'il était permis au médecin d'oublier, un seul instant, ses malades, pour ne songer qu'à son intérêt et à son amour-propre, je dirais à mes confrères qui débutent: Gardez-vous bien de laisser la besogne inachevée! Malheur à vous, si vous quittez une accouchée avant de l'avoir délivrée; sa mort, si mort il y a, vous sera formellement imputée, vous serez un homme perdu!

Au moment où je terminais ces réflexions, j'ai été appelé auprès d'une de ces deux femmes à adhérences vicieuses du placenta, dont il vient d'être question. Quand je suis arrivé, accouchée depuis une heure seulement, la malade n'était pas encore délivrée. Bien qu'ayant perdu peu de sang, elle était d'une pâleur cireuse, et sans pouls. Je trouve le placenta tombant comme un opercule sur l'orifice du col utérin; il est décollé dans sa moitié droite: l'autre partie est détachée sans difficultés. Mais en même temps que le délivre, il sort un litre environ de caillots sanguins, ayant la consistance de gelée de groseilles.

L'hémorrhagie s'était faite interne, le col étant bturé: La malade a succombé quelques heures après!

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Organisation du Service des nourrices.

Puisque, ainsi que l'a démontré M. le Dr Duchesne dans une lettre parue dans le numéro du 24 novembre 1883 du journal, les bureaux de nourrices s'imposent, on doit faire tous ses efforts pour faire disparaître les inconvénients qu'ils présentent.

Le plus grand reproche qu'on puisse leur adresser est leur mode de recrutement des nourrices.

Celles-ci, on le sait, leur arrivent par des voies différentes : les unes, ayant entendu parler de tel ou tel bureau, y viennent d'elles-mêmes, les autres, leur sont envoyées par les sages-femmes de province, ou sont raccolées dans les campagnes par les meneurs et les meneuses.

Ceci contribue une véritable industrie, et on conçoit que la prime de 10 francs donnée pour chaque nourrice engage les sages-femmes et les meneuses à se montrer peu scrupuleuses sur le choix des sujets.

Le *Concours Médical*, après avoir sérieusement étudié la question, a jugé qu'il y avait une amélioration à apporter à cet état de choses, et il a pensé qu'il y avait lieu de créer un bureau ou toutes les nourrices seraient procurées par les membres de la Société.

Celles-ci, d'abord examinées par le confrère de province qui les connaît déjà, le seraient encore, comme l'exige la loi, à leur arrivée à Paris par le médecin de la Préfecture de Police, et de plus par un membre de la Commission nommée par le *Concours*.

Il est évident que ce triple examen sera une source de sécurité pour les familles et pour les médecins chargés de choisir les nourrices.

Au lieu de créer ce bureau, le *Concours* a préféré en patronner un, (celui de Mme Monot, 13 rue Pascal) établi depuis 50 ans, et fort honorablement connu, et il a décidé que, désormais, tous nos confrères de province qui auraient d'excellentes nourrices *sur lieu* à placer, seraient invités à remplir un des bulletins encartés dans ce numéro, et à l'envoyer, affranchi, au *Concours Médical*.

Il a été décidé qu'afin de défrayer les médecins des frais que leur occasionnent la correspondance et les déplacements, une indemnité dont le *quantum* sera fixé par la Commission, serait allouée à tous les médecins qui procurent des nourrices, et que lorsque cette indemnité n'aura pas été réclamée dans les trois mois, elle sera versée *au fonds inaliénable des pensions de droit.*

Dans le but de visiter journellement les nourrices à leur arrivée à Paris, et afin de s'assurer que le bureau patronné par le *Concours* fonctionne avec toute la régularité possible, et dans les conditions de sécurité désirable pour les familles et les enfants des nourrices, il a été nommé une Commission composée de M. le Dr Duchesne, ancien interne des hôpitaux, ancien secrétaire général de la Société protectrice de l'enfance de Paris, *président*; de M. le Dr Fischer, membre du Conseil d'administration du *Concours*, et de M. le Dr Laburthe, ancien interne des hôpitaux.

Nous engageons donc tous les membres du *Concours* à s'adresser désormais au bureau qu'il patronne, pour les nourrices sur lieu dont ils pourraient avoir besoin.

Nous espérons avoir bientôt également, sous notre patronage, un bureau de nourrices à la campagne.

La Commission.

II

DÉVOUEMENT PROFESSIONNEL.

Encore un nom à ajouter au martyrologe déjà si considérable de la science.

Il y a une quinzaine de jours, une jeune fille était amenée à l'hôpital de la Charité ; elle étouffait, et ses parents ignoraient la nature de son mal.

L'interne de service, M. Gustave Rivet, examina la malade, et constata une angine couenneuse arrivée au dernier période. Malgré les soins qu'il lui donna, elle mourut dans la nuit.

Le lendemain matin, M. Rivet ressentit une violente douleur à la gorge ; le soir, il s'alita. Le docteur Hardy, dont il était l'interne, s'aperçut avec stupeur que le malheureux jeune homme était atteint de la diphthérie ou angine couenneuse ; il prescrivit sur le champ un remède énergique mais il ne put entraver le mal.

Depuis ce moment et malgré les soins des professeurs Desnos, Hardy et Desprez attachés à l'hôpital de la Charité, le mal ne fit que s'accroître. L'opération de la trachéotomie fut décidée ; mais le malade était si faible, qu'on fut obligé d'y renoncer. Quelques minutes après, Rivet mourait. Il n'était âgé que de vingt-neuf ans, et terminant son temps à la fin du mois, il préparait sa thèse au doctorat pour le commencement de janvier prochain.

Sur la demande de la famille, le corps de M. Rivet sera transporté à Orléans, son pays natal.

Le Directeur de l'Assistance publique a décidé que le nom de M. Rivet serait gravé sur les plaques en marbres où sont déjà inscrits les noms des internes morts victimes de leur devoir.

III

SERVICE MILITAIRE.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai eu trente-neuf ans le 18 octobre dernier. Malgré mes démarches et même un prétendu *examen* passé en 1878 devant une commission présidée « par un chef d'escadrons de cuirassiers, » je n'ai jamais pu obtenir d'être nommé à un emploi quelconque dans le service de santé de réserve. En dernier lieu il me fut répondu que je serais nommé quand on commissionnerait des médecins de mon âge. Cela veut dire évidemment que l'on a commencé par les plus jeunes, ce qui se comprend parfaitement. Cependant, qu'une mobilisation ait lieu au printemps prochain ; deux jours après l'affichage je devrais être rendu à ma garnison. Or, vu mon âge, je n'ai jamais été appelé ni exercé ; je ferais donc un triste soldat, malgré la meilleure volonté du monde. Est-ce alors qu'on reprendrait dans le rang les médecins dont on aura forcément besoin ? Cela me paraîtrait aussi difficile que tardif.

D'autre part, un arrêté ministériel récent, prévoyant le cas de mobilisation, organise l'utilisation des étudiants en médecine et en pharmacie, en cas de guerre, comme médecins auxiliaires, tandis que des praticiens dans mon cas se trouveraient réduits à apprendre l'école du soldat. Il y a là une anomalie frappante qui, sans doute, intéresse un certain nombre de nos confrères. Le *Concours* ne pourrait-il faire quelques démarches près du Ministre de la guerre pour obtenir qu'une pareille situation soit modifiée.

Agréez, etc., Dr D.

Réponse

M. le Directeur,

Notre correspondant âgé de trente-neuf ans doit être, ou dans la réserve de l'armée territoriale, ou dans l'armée territoriale. Il n'est pas vrai que, deux jours après la mobilisation, il soit appelé. On appelle d'abord la réserve de l'armée active qui comprend les hommes jusqu'à vingt-neuf ans. C'est parmi cette armée de première ligne, réellement combattante, que l'on prépare des médecins, et c'est pour elle que l'on a institué le concours entre les étudiants. En vertu de la convention de Genève, le personnel médical est neutre ; donc, comme les armées actives et territoriales sont appelées successivement, le même personnel peut suffire comme le matériel, une fois organisé sur un large pied. Pour le cas particulier de votre correspondant, il est certain que, à la suite du décret du Président de la république, il devrait rejoindre le centre de formation de son Régiment : mais là, ou bien il serait employé comme médecin dans le régiment, ou bien il serait renvoyé chez lui, parce qu'il est dit, dans une circulaire, que les médecins de villages ne peuvent être mobilisés que dans des conditions fortuites, sauf les cas du médecin de réserve jusqu'à vingt-neuf ans. Dr. A.

REVUE DE LA PRESSE FRANCAISE
ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Le choléra en Egypte

Nous nous occuperons aujourd'hui de résumer les rapports élaborés par les différentes missions savantes, sur l'étiologie et la nature du choléra qui a sévi cette année en Egypte.

Nous commencerons par la *Mission allemande* qui a, la première, déposé son rapport. On sait que la mission allemande n'est arrivée en Egypte qu'au déclin de l'épidémie.

Douze cholériques ont été l'objet d'observations cliniques, et dix autopsies ont été pratiquées :

ces autopsies ont été faites presque immédiatement après la mort, ce qui a permis d'éliminer de suite les inévitables complications produites par les altérations cadavériques.

Dans tous ces cas, se sont révélés les *caractères du choléra asiatique vrai.*

Les matières des vomissements contenaient peu de micro-organismes, tandis que les selles en renfermaient de grandes quantités.

Le sang, les poumons, les reins, la rate, le foie ne laissaient apercevoir aucun microbe.

Les intestins contenaient, au contraire, un nombre extraordinaire de micro-organismes des espèces les plus variées, aucune espèce ne présentant de prédominance marquée. Les *parois* de l'intestin renfermaient un *microbe spécial*, en forme de bâtonnet, une sorte de *bacillus*, ressemblant à celui de la morve. *Ces bacilli ont été retrouvés dans tous les cas*, à part un seul où il s'agissait d'un individu mort à la suite d'une complication survenue pendant la convalescence; ces organismes existaient dans les glandes intestinales, entre l'épithélium et le chorion muqueux, à la surface et dans l'épaisseur des villosités, et même pour les formes cliniques graves, infiltration sanguine de la muqueuse, dans les couches profondes, jusqu'à la tunique musculaire. C'était surtout la dernière portion de l'intestion qui présentait ces altérations.

Les *inoculations* faites avec ces *bacilli* et avec des liquides de culture chez des lapins, des cochons d'Inde, des chiens, des chats, des singes, des cochons et des rats, n'ont donné *aucun résultat*. Cependant M. *le Dr Koch*, s'appuyant sur la clinique, pense que c'est là la cause de l'infection cholérique. Il désire vivement continuer ses expériences, et demande pour cela au ministre l'autorisation d'aller les reprendre dans l'Inde anglaise.

La *Mission française* est arrivée à Alexandrie, en pleine épidémie, au moment où il mourait 45 cholériques par jour. Les membres de la mission, composée de MM. Straus, Roux, Thuillier et Nocard, ont pratiqué 24 autopsies, portant sur 7 hommes et 17 femmes dont 5 étaient grosses ou venaient d'accoucher. L'âge des sujets variait de 5 à 54 ans, les plus nombreux avaient de 20 à 35 ans.

Quinze cas avaient évolué d'une façon rapide (de 10 heures à 3 jours), 9 avaient duré de 4 à 15 jours. Les sujets étaient de nationalités différentes, mais il n'a pas été fait d'autopsie d'indigènes. Enfin les autopsies ont été faites aussi immédiatement après la mort : la plus tardive n'a pas dépassé 14 heures.

Les observateurs ont d'abord porté leurs investigations sur l'appareil intestinal et son contenu, sur les selles riziformes, les vomissements. Relativement aux selles, ils ont constaté que les grains riziformes étaient formés par des granulations épithéliales; il y avait une désintégration granuleuse des plus accusées. Les noyaux des cellules ne se teintaient plus par les substances colorantes. Il y avait, en un mot, tous les caractères de cette nécrose spéciale qui a été désignée sous le nom de nécrose de coagulation.

Quant à la présence de microbes dans l'intestin, il y en avait une abondance et une variété extrêmes, à tel point qu'il eût été chimérique de vouloir trouver dans un de ces micro-organismes la cause du choléra. Sur des coupes de l'intestin grêle, on constate cette dénudation épithéliale. Ces coupes étant conservées pendant vingt-quatre heures dans des solutions de bleu de méthylène, on y reconnaît aisément, dans l'épaisseur de la muqueuse, la présence de ces innombrables microbes; ce sont des bactéries, des micrococcus. Il y a des bactéries longues ressemblant au microbe de la tuberculose, mais plus petites. On trouve aussi un microbe analogue à celui de la morve. C'est celui qui, pour Koch, serait le micro-organisme du choléra.

Ce fait est plus que douteux, d'abord parce qu'on trouve ce microbe ailleurs que dans l'intestin, ensuite parce que sa présence est loin d'être constante. On le trouve dans les cas de choléra prolongé; mais, dans les cas de choléra foudroyant amenant la mort en quelques heures, il est impossible de pouvoir colorer aucun microbe. Ainsi, d'une part, par le fait de la multiplicité des tuniques ou des tissus dans lesquels on trouve ce microbe, donné par Koch comme spécial au choléra, et, d'autre part, par ce fait qu'il n'est pas constant, les données anatomiques du médecin allemand sont loin d'être positives.

L'examen des ganglions mésentériques, du foie, des reins, n'a donné que des résultats négatifs.

Le sang est noir et se coagule mal. Les globules rouges tombent au fond du vase et au dessus est un sérum clair qui ne se coagule pas. L'examen microscopique a montré que les globules rouges sont étalés, les globules blancs sont augmentés de nombre et granuleux. On trouve dans le sang des corpuscules allongés rappelant l'organisme du rouget, mais beaucoup plus petits. Il fallait une double épreuve : la première, basée sur les réactifs colorants; la seconde, sur la culture. Or, malgré tous les efforts, on n'a jamais pu obtenir de coloration nette, saisissante. Quant à la culture, elle a complètement échoué.

Il est bon de noter que la réaction de sérum du sang est légèrement acide. En présence des cas foudroyants, dans lesquels les malades sont morts par asphyxie, sans avoir présenté de diarrhée, il est difficile d'admettre que la cause du choléra réside uniquement dans l'intestin.

« De nombreuses expériences ont été faites sur « les animaux, sur des chiens, des poules, des « dindes, des cailles, des chats, des rats, des sou- « ris, un singe; nous avons fait ingérer à ces « animaux des selles, du sang, des organes cho- « lériques, sans aucun résultat. Nous avons nourri « six porcs avec des selles riziformes : ils ont « continué à avoir une santé parfaite.

« En résumé, dit M. *Straus*, dans sa commu- « nication à la *Société de biologie*, nous n'ap- « portons pas de solution, mais bien de simples « documents qui pourront être de quelque utilité. »

Comme la mission allemande, la mission française n'hésite pas à déclarer que c'est bien au *choléra indien* que l'on a eu affaire cette année en Egypte. Il suffit, dit M. Straus, dans son rapport au ministre, d'avoir été mis en présence d'un malade, pour ne conserver aucun doute à ce sujet.

Et, cependant, le chirurgien général anglais, Hunter, persiste à affirmer que l'épidémie n'a pas été importée en Egypte. Mais, pour prouver son dire, il en est réduit à identifier le choléra asiatique, le choléra nostras et la cholérine : c'est, à notre avis, pousser un peu loin le patriotisme !

Nous devons cependant à la vérité de déclarer qu'en dehors des médecins anglais, il y a encore quelques médecins français qui professent, sur le choléra, des opinions bien différentes de celles que nous avons eu l'occasion d'exposer ici.

Nous citerons, par exemple, M. le Dr *Halmagrand*, père, président honoraire du Syndicat du Loiret, qui nous adresse un certain nombre d'articles qu'il a publiés récemment sur le choléra, dans l'*Avenir du Loiret*. Notre vénérable correspondant nous affirme « qu'un individu atteint du choléra ne peut le transmettre à d'autres, au milieu de conditions généralement salubres, et que, à plus forte raison, une personne bien portante, par cela seul qu'elle a vécu au milieu de populations malades, ne pourra, en voyageant, transporter avec elle la maladie. » M. Halmagrand s'élève donc « contre toutes les mesures d'isolement et de séquestration dirigées contre une *prétendue propriété contagieuse* du choléra, mesures qui sont pour le moins inutiles et impuissantes. »

A l'appui de sa thèse, notre estimé confrère rapporte un certain nombre de faits qui se sont passés en 1832 et 1866. Nous eussions préféré qu'il discutât le Rapport, si bien étudié, de M. le Dr Fauvel, sur l'Etiologie et de la marche du choléra, rapport qui nous a amené nous-même à des conclusions toutes différentes de celles de M. Halmagrand. Actuellement, l'opinion de M. Halmagrand ne rencontrerait pas beaucoup de partisans parmi les médecins français, et, pour ne parler que de ceux qui sont à l'Académie, nous ne connaissons que M. *J. Guérin*, qui partage complètement une telle manière de voir.

M. Halmagrand qui s'est rendu à Londres, en 1832, pour observer l'épidémie de choléra qui y régnait alors, s'y est livré à une expérience qui prouve autant son courage et la fermeté de ses convictions, que la résistance qu'opposent parfois certains organismes à se laisser envahir par le poison cholérique.

« Je recueillis, dit-il, du sang contenu dans le ventricule droit d'une femme qui avait succombé à une attaque de choléra et, de retour chez moi, je me fis appliquer, par le docteur Talrich, un large vésicatoire au bras gauche; quinze heures après, l'ayant enlevé, ainsi que l'épiderme qui était soulevé, je m'appliquai, au moyen d'une compresse, une certaine quantité de sang de cette cholérique dont nous avions fait l'autopsie. Le lendemain, la plaie avait suppuré, elle était couverte d'une pellicule assez épaisse que je laissai, et, au bout de quatre jours, la plaie était totalement sèche, sans que mon économie ait été un instant affectée. »

Le malheureux Thuillier n'en a point tant fait : malgré tout son courage, malgré les précautions mêmes qu'il avait prises, son économie n'a pas été en état de lutter contre le mal !

*
* *

Nodosités rhumatismales sous-cutanées, et nodosités cutanées éphémères.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur cette rare et singulière manifestation du rhumatisme dont seuls, parmi nos auteurs classiques, MM. Jaccoud (*Pathologie interne*, chap. RHUMATISME) et Besnier, art. RHUMATISME du *Dict. encyclop*). ont cru devoir faire mention.

De nouvelles observations, que M. *Troisier* a fait connaître dernièrement à la *Société médicale des hôpitaux*, ont donné naissance à une discussion dont les détails nous paraissent des plus intéressants.

C'est M. Jaccoud qui a, le premier, donné une bonne description des *nodosités rhumatismales* ; en 1875, M. Meynet, de Lyon, en a publié une remarquable observation ; en 1870, Hirschsprung et, en 1881, MM. Troisier et Brocq en ont relaté de nouveaux cas. Enfin, au Congrès médical de Londres, en 1881, MM. Barlow et Warner ont communiqué un mémoire relatant vingt-sept observations de *nodules sous-cutanés fibreux*, survenus chez des enfants et des adolescents atteints de rhumatisme ou de chorée. Ces auteurs ne doutent pas de la nature rhumatismale de ces nodules, *bien qu'ils puissent ne pas coïncider avec les douleurs articulaires*.

C'est un cas tout récent de cette affection qui fait aujourd'hui le sujet de la communication de M. Troisier :

« Un homme de vingt-huit ans, malade depuis huit jours, entre dans mon service pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu et est traité par le salicylate de soude.

« Un mois après le début de son affection, ce malade était convalescent, la fièvre et les douleurs avaient disparu. Seule, une anémie rhumatismale, très accentuée, justifiait son séjour à l'hôpital, lorsque apparut brusquement, sur l'un de ses poignets, *un chapelet de nodosités*. Celles-ci siégaient particulièrement au niveau des tendons extenseurs des doigts, auxquels elles adhéraient, et dont elles suivaient les mouvements. Le surlendemain, je constatai la présence d'une nodosité analogue au niveau de la bosse pariétale gauche, et le jour suivant, la région occipitale — qui la veille était un peu douloureuse — devenait le siège de six nodosités grosses comme des haricots et disposées en fer à cheval; le cuir chevelu glissait sur elles. Les jours sui-

vants, de nouvelles poussées de nodosités avaient eu lieu, de sorte que je pus en compter trente à la surface du crâne. Quinze jours après, il ne restait plus trace de cette affection. »

Les *nodosités rhumatismales* font, à la surface de la peau, une légère saillie appréciable par la vue et la palpation; elles siègent sous la peau qui glisse constamment sur elles; elles sont toujours en rapport avec des tissus fibreux (périoste, tendons, aponévrose, etc.), auxquels elles adhèrent. Leur forme est en général ovalaire ou lenticulaire, leur volume est variable (lentille, haricot), ainsi que leur nombre.

Leur consistance est très ferme, mais elles offrent une dureté plutôt cartilagineuse qu'osseuse, ce qui empêche de les confondre avec des exostoses. La peau, à leur surface, n'est ni rouge, ni œdématiée, ni douloureuse. Jamais ces nodosités ne sont douloureuses spontanément, la pression seule provoque une douleur légère. Elles ont pour caractère essentiel d'apparaître brusquement, ordinairement à l'insu du malade qui ne s'en aperçoit que par hasard; en général elles persistent plusieurs jours ou plusieurs semaines, quelquefois elles suivent la marche des douleurs rhumatismales.

La structure fibreuse de ces nodosités a été admise par MM. Jaccoud, Meynet et Ern. Besnier. Les examens microscopiques qui ont été faits par M. Hirschsprung, après la mort d'un de ses malades, et par MM. Barlow et Warner, pendant la vie, démontrent qu'elles sont dues à une prolifération des éléments connectifs des tissus fibreux.

M. *Féréol* fait remarquer combien diffèrent les *nodosités sous-cutanées* observées par M. Troisier et les *nodosités cutanées éphémères* qu'il a lui-même décrites chez les arthritiques (*Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences*, Paris, 1879).

Ces deux affections se montrent chez les arthritiques, sont indolores et ne s'accompagnent pas de changement de coloration à la peau, mais, en dehors de ces analogies, elles ne présentent plus que des différences.

Les nodosités de M. Troisier siègent sous la peau et sont douloureuses à la pression, elles ont une durée assez longue, adhèrent aux gaines tendineuses et simulent des tophus encore plus que des gommes. Celles de M. Féréol sont logées dans l'épaisseur de la peau, dans les couches profondes; ce médecin n'en a jamais observé plus de trois à la fois; elles ressemblent à des exostoses ou à des périostoses, elles sont complètement indolores, même à la pression; quelquefois, elles se déplacent spontanément dans le courant de la journée. Enfin, elles sont littéralement éphémères, car elles ne durent pas plus de vingt-quatre heures. M. Féréol croit qu'on ne doit pas confondre ces deux espèces de nodosités; qu'elles sont parfaitement distinctes, et qu'elles doivent avoir des dénominations particulières.

Depuis cette discussion, M. Troisier a reçu, de M. le Dr Tissier (de Remiremont), communication de deux nouvelles observations de ces nodosités rhumatismales.

Dans les cas rapportés par M. Troisier, l'affection est survenue dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu. Mais une des observations de M. Tissier et quelques faits de MM. Barlow et Warner font voir que les nodosités rhumatismales peuvent bien ne pas coïncider avec les douleurs *articulaires*. J'observe moi-même, en ce moment, une dame atteinte depuis longtemps de névralgies faciales et occipitales, à répétition, qui fournit un bel exemple de ces nodosités. Les dernières fois que je l'ai vue, elle en présentait trois, toutes trois siégeant au *cuir chevelu*, dans l'épaisseur même de la peau : une à la partie supérieure du frontal, une sur le pariétal gauche et la troisième sur l'occipital.

Au toucher, on croirait d'abord avoir affaire à ces bosses sanguines que produisent les contusions; mais elles ont une base moins étendue; de plus, elles n'offrent aucun changement de coloration à la peau. Enfin elles ne sont pas du tout douloureuses, ni spontanément, ni à la pression : c'est en se peignant que la malade les a découvertes. J'ajouterai que, d'une façon générale, les nodosités de ma malade présentent beaucoup des caractères indiqués par M. Féréol : mais elles en diffèrent par leur durée qui, actuellement, remonte déjà à plusieurs semaines.

Barcow et Warner ont observé des cas d'une durée de deux mois et demi, Bourcy et dernièrement F. Widal (*Gaz. hebd.* n° 50), chacun d'une durée de trois mois. Mais, dans ces observations, c'est toujours le rhumatisme aigu qui est en cause; chez ma malade, au contraire, il n'y a jamais eu de rhumatisme aigu. Dr J. Geoffroy

REVUE CLINIQUE

Hopital Necker — M. Monod

Le mal perforant.

Je profiterai de la présence dans nos salles, en ce moment, de plusieurs malades atteints du mal perforant, pour vous dire quelques mots de cette affection bizarre.

Nélaton est le premier qui ait appelé l'attention des chirurgiens sur cette maladie. Le fait remonte à 1852, époque à laquelle il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* une leçon sur ce sujet. Dès lors, l'élan était donné, et les recherches qui ont été faites sur le mal perforant constituent toute une série de travaux importants, parmi lesquels je citerai Vésigné (d'Abbeville), qui l'a très bien décrit et lui a donné le nom qu'il porte aujourd'hui, de mal perforant ou de mal plantaire. Au nombre des autres travaux, également intéressants à consulter, je nommerai la thèse de Leplat, en 1855, un mémoire de M. Péan, qui considérait alors le mal perforant comme résultant d'une

lésion vasculaire, des recherches de MM. Gosselin, Poncet, Duplay, Morat, etc.

Aprè cet aperçu historique succinct, passons à la description rapide de la maladie. Trois faits capitaux sont surtout nécessaires à connaître : 1° le siège du mal, 2° le sexe de l'individu, et 3° sa profession.

Siège. — Le siège du mal perforant est la plante du pied, d'où le nom de mal plantaire qui lui a été donné.

Toute la région plantaire n'est pas indifféremment atteinte, mais quelques points seulement qui constituent ce que l'on appelle le trépied du pied. Ces trois points sont : le niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, l'extrémité antérieure du cinquième métatarsien, et le talon. La partie correspondant à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est, de toutes, le siège le plus ordinaire du mal perforant. Cependant, chez l'un de nos malades, celui qui est couché au lit n° 27, le point malade correspond à la seconde phalange du gros orteil ; cela tient à ce que cet homme a le pied plat et présente, en outre, une subluxation de cet orteil. Chez un autre de nos malades, le premier orteil ayant été amputé, le mal a récidivé au niveau de l'extrémité de la seconde phalange du deuxième orteil, qui dans les conditions où se trouve le pied, depuis cette amputation, supporte une partie du poids du corps.

Chez les sujets atteints de pied-bot, le mal perforant, quand il existe, se rencontre dans les parties qui se trouvent comprimées plus fortement sur le sol.

Sexe. — On a dit que le mal perforant était une maladie à peu près exclusive aux hommes ; cela est vrai, mais à la condition d'admettre quelques exceptions en faveur de la femme, chez laquelle on le rencontre quelquefois.

Profession. — Les individus qui sont plus prédisposés à cette affection sont ceux qui exercent une profession exigeant la station verticale prolongée. Il faut, en effet, une pression longtemps continuée sur un point de la plante du pied pour déterminer l'apparition du mal perforant. Parmi les malades qui sont dans nos salles, l'un est un charretier, l'autre un employé à la gare du chemin de fer d'Orléans ; tous deux sont astreints ou à marcher ou à être presque constamment debout.

Marche. — La marche de cette affection présente plusieurs périodes. La première période est celle du durillon, c'est-à-dire de l'accumulation de l'épiderme corné en l'un des points indiqués tout à l'heure. Chez le n° 27, nous avons vu le durillon se développer et nous l'avons pris assez à temps pour le faire disparaître. Cet homme présentait, d'un côté, un mal perforant déjà avancé et de l'autre un durillon. Ce dernier était très dur, et au-dessous, l'on apercevait un petit piqueté rougeâtre du derme. Le mal perforant peut durer des années à l'état de durillon, et même ne jamais dépasser cette première période.

La seconde est la période d'ulcération. L'ulcère peut se former de diverses façons. Par suite d'une pression longtemps prolongée, le derme s'amincit et peu à peu se détruit, au point qu'il ne reste pour ainsi dire plus que l'épiderme, qui finit par s'ulcérer ; ou bien, sous l'épiderme épaissi lentement, une certaine quantité de sérosité s'accumule, et un beau jour l'épiderme se perfore et s'ulcère ; ou bien encore, selon la théorie de M. Gosselin, les accidents seraient caractérisés par une dermo--synovite ulcérée, la formation d'une bourse synoviale, laquelle s'enflammerait et suppurerait. Dans certains cas, le fait est parfaitement vrai. Quoi qu'il en soit du mode de développement de cet ulcère, lorsqu'il s'est développé, il se présente sous la forme d'un petit puits dont le rebord est formé d'un bourrelet épidermique. Il existe comme une perforation, faite à l'emporte-pièce, au milieu de l'épiderme, et sous le bourrelet épidermique on constate, avec un stylet, la présence d'une véritable rigole sous-épidermique.

Quant à la troisième période, période dite de perforation, elle est caractérisée par des lésions profondes qui justifient bien le nom de mal perforant donné à cette affection. Ici l'ulcération a gagné en profondeur, s'attaquant plus ou moins lentement aux tendons, au périoste et finalement à l'os. Quelquefois le fond de l'ulcère ne dépasse pas le derme et, à travers une petite perforation, on arrive au sous-derme, c'est-à-dire à une bourse séreuse développée sous le derme épaissi. Mais le mal s'étend-il plus profondément, le fond de l'ulcère est formé par les tendons et par les os sur lesquels le stylet arrive alors facilement.

A côté des signes que nous venons de rapporter, il en existe d'autres parmi lesquels nous plaçons au premier rang l'anesthésie.

Chez le malade du n° 25, auquel j'ai été forcé d'enlever les phalanges des deux orteils, de même que chez un autre malade, l'anesthésie était des plus évidentes, bien qu'elle ne fût pas absolument complète, au point que l'amputation put être pratiquée presque sans douleur. En tous cas, les malades atteints de mal perforant sont anesthésiques, analgésiques et sentent beaucoup moins le chaud et le froid.

Parmi les autres altérations concomitantes, on peut rencontrer des athéromes artériels, des altérations trophiques, l'incurvation des ongles, etc.

En résumé, la marche de la maladie est caractéristique, elle est très lente, se fait par poussées, présentant des alternatives d'améliorations et même de guérisons apparentes suivies plus ou moins tôt de récidives, lesquelles sont à peu près inévitables.

Comme pathogénie, je laisse de côté la théorie vasculaire de M. Péan, qui, du reste, l'a abandonnée lui-même, bien qu'elle soit très séduisante.

L'athérome artériel, du reste, est cent fois plus fréquent que le mal perforant et, d'autre part, ce mal ne s'accompagne pas toujours d'athérome. La théorie de M. Gosselin permet d'expliquer certains phénomènes du début de la maladie, mais non tous ceux qui constituent son évolution.

M. Poncet a comparé cette affection à la lèpre anesthésique, et l'assimilation est possible sous certains points de vue ; cependant de grandes différences existent entre elles, ne serait-ce que la question du siège qui, dans le mal perforant, est limité à la plante du pied, tandis que la lèpre anesthésique a des sièges multiples. Pour moi, deux théories sont admissibles : la théorie mécanique par compression, et la théorie nerveuse soutenue par M. Duplay.

Il est certain qu'un homme, forcé de se tenir continuellement debout ou de marcher beaucoup, est par la pression prolongée du pied sur le sol, prédisposé au mal perforant; par suite, se trouvent expliquées les deux causes : sexe et profession.. Mais dans d'autres cas ces deux causes n'ont pas suffi à expliquer le développement du mal, et chez les individus qui en étaient atteints, on a constaté l'existence de lésions nerveuses, une névrite d'ordre purement inflammatoire. MM. Duplay et Morat ont ainsi montré que le mal perforant dépendait d'une altération des nerfs, de la moelle ou de l'encéphale.

Chez un de nos malades, nous avons observé aussi des phénomènes d'ataxie locomotrice. Mais, nous devons le reconnaître, il est difficile de pouvoir remonter à la lésion primitive qui avait déterminé le mal perforant. Du reste, quoi qu'il en soit, pour moi cette lésion nerveuse ne suffit pas non plus à elle seule à produire cette maladie, il faut y ajouter la compression, qui est la cause déterminante, la véritable cause nécessaire du mal perforant.

Quant au traitement, il se trouve indiqué tout d'abord par cette cause elle-même, c'est-à-dire le repos et le changement de profession. Puis le durillon étant formé et devenant par lui-même un agent de compression, il faut l'enlever le plus tôt possible, le couper, le raser couche par couche jusqu'aux parties molles, et appliquer un morceau de diachylon qui l'empêche, tout au moins pendant quelque temps, de se reproduire. Mais l'ulcération s'est-elle produite, on la traitera par la teinture d'iode et le repos, tout en sachant bien qu'une fois guérie, elle est sujette à récidiver. Enfin, lorsque l'ulcération a détruit toutes les parties molles, qu'elle arrive jusqu'au tissu osseux, il n'y a plus qu'une seule ressource : l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire enlever, segmenter ou amputer.

(*Gazette des hôpitaux.*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DU HAVRE.

Lettre adressée par le Président de ce Syndicat à tous les directeurs de compagnies d'assurances.

A Monsieur le Directeur de la Compagnie.....

Monsieur le Directeur,

Le Syndicat des Médecins du Havre, dans sa séance du 30 octobre 1883, a décidé à l'unanimité qu'à partir du 1er janvier 1884 tout certificat d'assurances sur la vie serait payé 20 francs, quel que soit le chiffre de l'assurance.

Dans ce chiffre sont comprises les analyses d'urine, et les suppléments de rapport demandés par certains formulaires, mais n'est pas compris l'examen microscopique des urines.

Les Médecins du Havre, en adoptant cette résolution, se sont fondés sur les considérations suivantes :

1º En Angleterre et en Amérique, où les assurances sur la vie sont entrées dans les mœurs beaucoup plus qu'en France, les certificats médicaux sont payés, sans exception, à un prix supérieur à 20 francs.

2º Que l'assurance à contracter soit d'un chiffre minime ou d'un chiffre élevé, le travail est le même pour le médecin.

Dans la même séance, les médecins du Havre ont décidé, à l'unanimité, qu'en aucun cas, ils ne délivreraient aux Compagnies d'assurances de certificat de décès, soit qu'on exige de notifier la cause du décès, soit qu'on ne demande que le certificat simple de décès.

L'Etat civil est là pour donner aux Compagnies la certitude de la réalité du décès. Le médecin n'a jamais à intervenir.

J'ai l'honneur, Monsieur le Directeur, de porter à votre connaissance ces résolutions dont je vous prie de prendre note.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Syndicat,

Le Président de la Chambre syndicale, Dr GIBERT.

Vu et approuvé : LES MÉDECINS DE LA COMPAGNIE....

II

SYNDICAT DE MARENNES.

Monsieur et très honoré confrère,

Enfin! Notre syndicat médical est constitué ; cela n'a pas été sans peine. Mais le résultat est obtenu, et nous devons nous en réjouir.

Par un vote unanime, vous avez été désigné comme *président d'honneur* de notre association. Je suis heureux, de vous transmettre cette nouvelle, en vous disant qu'elle est la juste et très légitime récompense des efforts que depuis cinq ans et plus, vous faites pour la profession médicale, pour son amélioration matérielle. La situation de chacun étant bien définie, les rapports ne peuvent être que plus cordiaux entre confrères syndiqués. Aussi de vieilles rancunes se sont effacées lundi dernier, et de bien cordiales poignées de mains se sont échangées.

Notre secrétaire-trésorier, le Dr Vary, de Soubise, vous adressera le compte-rendu de notre réunion et les statuts de notre association, qui diffèrent peu de ce qui existe autour de nous.

Je vous adresse la composition du Bureau pour l'année 1883-1884.

Président : Dr JENDI DE GRISSAC de Marennes. — *Vice-président* : Dr BATTANDIER, de Marennes. — *Secrétaire-trésorier* : Dr VARY, de Soubise. — *Syndics* : Dr DERNAS, d'Etaules, Dr PINEAU, du Château-d'Oléron.

A la fin de la séance, plusieurs confrères ont signé et ont dû vous adresser des formules d'adhésion au *Concours*.

Recevez, etc., Dr de GRISSAC.

Veuillez, très honoré Président, faire agréer aux membres du Syndicat, les sincères remerciements du directeur du *Concours médical*.

VARIÉTÉS

VOYAGE ANATOMIQUE.

Sous ce titre, nous trouvons dans notre boîte la fantaisie suivante, que nous reproduisons volontiers.

Le *globe* lumineux, revenant de l'autre hémisphère, commençait à parcourir son *orbite,* et nous quittions à paine nos *couches optiques*, lorsque des *commis sûrs* nous amenèrent par les *canaux semi-circulaires* notre vaisseau que, depuis deux jours, le pilote *Iris* n'avait fait *qu'orner* de *Rubans de Reil* et de *bouquets de Riolan*. Il cherchait ainsi à se distraire de *l'humeur vitrée* où l'avait jeté la perte de sa *pupille*. Grâce à lui, les *cordages* et les *poulies* disparaissent sous des *branches ophthalmiques*, et les *mâts s'étaient* revêtus de *six lierres* qui enroulaient en *limaçon* leur *tige pituitaire*. Nous avions obtenu, par *l'intermédiaire de Vi isberg*, les *voiles du palais* faites de *toile choroïdienne.*

Lorsque la *faulx du cerveau* eût tranché la *corde du tympan*, qui nous rattachait aux *piliers de la voûte*, *les petites méningées*, sortant du *labyrinthe*, se mirent à la *fenêtre ovale* et jouèrent sur la *trompe d'Eustache*, le *cornet de Bertin* et la *caisse du tympan*, différents airs en *larynx* et en *pharynx*. La *dure-mère* et *pie-mère*, *l'âme criblée* de douleur, avaient quitté leurs *cellules ethmoïdales*. Elles se tenaient, avec *un air pathétique,* sous la *tente du cervelet*, montées sur des *hippocampes*, au *corps strié*, qui avaient le *ventre du digastrique*, les *ailes du sphénoïde*, le *bec du corps calleux*, la *corne d'Ammon* et *l'ergot de Morand*, et portaient des *selles turciques avec de riches étriers*.

Nous doublâmes le *promontoire* qui termine la *chaîne des osselets*, et, après maintes *circonvolutions*, nous entrâmes dans *l'aqueduc de Faliope*, remorqués par le *moteur commun*. Puis nous franchîmes le *pont de Varole*, et longeâmes *l'isthme de l'encéphale*, où nous fîmes provisions *d'olives* et de *bulbes rachidiens*. Le *pressoir d'Hérophile* nous fournit le liquide *sous arachnoïdien*. Déjà nous débouchions dans le *golfe de la veine jugulaire* et nous apercevions les *pyramides* qui couronnent le sommet de l'*Atlas*, lorsqu'*Axis* fut précipité dans le *trou déchiré*. En vain nous lui tendîmes le *rameau de Jacobson;* le malheureux fut emporté par les *lames cérébelleuses* et brisé sur un *rocher*.

Après ce *coup* douloureux, nous entrâmes dans le *canal vertébral*, avec l'intention de nous diriger vers *les pôles*. Nous aurions voulu visiter la célèbre *basilique* située dans le *creux axillaire*, qui doit sa renommée aux *scapulaires* et aux *chapelets ganglionnaires* qu'on y vend, *comme aux plates*-bandes de fleurs *pectorales* qui font, tout alentour, un *grand rond dentelé*; mais le manque *d'eau* nous força de suivre les *côtes* jusqu'à ce que, du haut d'un *mamelon*, nous eussions aperçu des *colons ascendants et descendants*, qui nous montrèrent la *citerne de Pecquet*. Alors, nous confiant à la protection du *grand saint Pathique*, nous nous laissâmes emporter par le *torrent circulatoire* qui nous fit franchir le *détroit supérieur*. Bientôt nous découvrions la *crête iliaque*, et nous abordions à *l'île Eon*. Là nous fûmes reçus par le *père Inée*, les *cinq fils* du *pubis* et les *jumeaux de la Cuisse,* tous portant le *cordon ombilical*, qui nous introduisirent dans le *vestibule* et nous firent asseoir sur le *carré crural*. Des *nymphes*, vêtues de *tissu érectile* et coiffées du *capuchon clitoridien*, vinrent, toutes *honteuses*, nous offrir force *plats centa* et *mets araïques*, tels que *museaux de tanches*, *œufs de Naboth* et fruits de *l'arbre de vie*. Puis nous visitâmes le *col de la vessie* et *l'arcade crurale*, et nous gravîmes le *mont de Vénus*. De là on découvrait une vaste *région* : d'un côté des *prés puce*, de l'autre des champs couverts *d'épis ploons* ; ici un *pli inguinal*, là une *fosse ovale* ou *iliaque*, plus loin un vaste *bassin* entouré d une *barrière d'apothicaire*, faite de *colonnes vaginales* rangées en *triangle de Scarpa*.

Mais il était écrit que nous n'aurions pas de *veine*. Le même jour nous portions le petit *troc en terre*; le malheureux s'était *fait scier* en deux, en voulant façonner avec une *scie attique* un *obturateur* pour un *entonnoir fémoral*. Le lendemain, notre *couturier,* ayant lancé un *anneau du troisième*, atteignit son *père au nez*; le pauvre vieillard (il avait *la patte d'oie)* fut tué sur le coup. Nous l'enterrâmes dans un *creux poplité* et nous lui élevâmes un monument *cuboïde* orné *d'astragales* et portant une inscription *cunéiforme*. Puis nous devions nous embarquer pour *Tarse*; mais après nous avoir fait tant de *mal*, *Eole* ne nous tentait plus. Nous restâmes donc dans le pays ; les uns bâtirent et *plantèrent*, les autres s'enrôlèrent dans les *phalanges* guerrières.

I. P. K.

(La Loire médicale).

NOUVELLES

Statistique médicale

ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — Dans sa dernière session, le *Conseil Académique* a constaté que la population de la Faculté de médecine restait toujours à peu près la même : on comptait, le 1er octobre dernier, 4,207 étudiants, soit 2 de moins que l'année percédente. Dans ce total sont compris 108 étrangers, russes, belges, etc. La mission égyptienne, qui suivait autrefois les cours de notre Faculté de médecine, a passé la Manche depuis les derniers évènements. On a compté cette année 45 femmes, 6 de plus qu'en 1882, Russes en majorité, parmi les étudiants en médecine. Sur 6,076 examens subis, la proportion des ajournements a été de 24 0/0. Les candidats sont généralement faibles en physique, en chimie, en sciences naturelles, et le baccalauréat ès-sciences restreint ne semble pas une garantie suffisante de leurs connaissances.

STATISTIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL. — Le ministre du commerce vient de publier la statistique quinquennale du personnel médical de la France, d'après l'enregistrement des diplômes aux préfectures et sous-préfectures. La statistique s'applique aux docteurs

en médecine, aux officiers de santé, pharmaciens, herboristes et sages-femmes. Le tableau suivant indique les changements survenus depuis 1876, date de la publication de la précédente statistique.

	1876.	1881.	+	—
Docteurs en médecine..	10.743	11.643	900	»
Officiers de santé......	3 633	3.203	»	430
Pharmaciens........	6.232	6.443	211	»
Sages-femmes.........	12.849	13.403	556	»
Herboristes...........	983	972	»	1

Nous avons à signaler, dans cette statistique : 1° l'augmentation du nombre des docteurs en médecine ; — 2° la diminution, des officiers de santé; — 3° l'augmentation du nombre des pharmaciens et l'état stationnaire des herboristes ; — 4° l'augmentation du nombre des sages-femmes.

En ce qui concerne le département de la Seine, il y avait, en 1881, 555 docteurs en médecine et 21 officiers de santé, 30 pharmaciens, 395 sages-femmes *de plus* qu'en 1876 et 76 herboristes *de moins*.

Le nombre des communes de France étant de 36097, on en trouve 3643 où des docteurs exercent seuls; —1 914 où n'exercent que des officiers de santé ; — 743 où exercent à la fois des docteurs et des officiers de santé — 29 795 où ne résident ni docteurs, ni officiers de santé.

En terminant ce relevé, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que la statisttque s'arrête à la fin de l'année 1881, et qne cette statistique, qui comprend *dix-sept pages*, n'a été publiée que le 1er octobre 1883, ce qui démontre que l'on n'est pas très-actif dans les bureaux dn ministère du commerce.

Pour compléter ces renseignements que nous empruntons à la *France médicale*, nous devons ajouter que dans la statistique que nous venons de rapporter, figurent des médecins morts depuis dix ans, tandis que l'on n'y trouve pas les noms de médecins très connus. Il ne faut donc accorder à ce document administratif qu'une confiance relative.

Mais acceptons momentanément ces chiffres et nous verrons alors que le nombre des habitants de la France ayant varié de 36.965.788 en 1876, à 37.672.048 en 1881, la France comptait en 1881, 1 docteur pour 3.235 habitants, et 1 officier de santé sur 11.761 habitants, au lieu de 1 docteur sur 3.807, et 1 officier sur 10.158 habitants en 1876. On le voit les calculs de notre Rapport sur la Révision de la législation se confirment de plus en plus.

Pour ce qui est des sages-femmes, les chiffres que nous avons rapportés donnent 1 sage-femme pour 2,810 habitants. C'est beaucoup : à raison de 26 naissances par 1.000 habitants, cela fait environ 80 accouchements par sage-femme, en admettant, bien entendu, que les médecins ne fassent eux-mêmes pas d'accouchements ! On comprend maintenant pourquoi ces dames sont si souvent portées à faire de l'exercice illégal.

— Le conseil municipal de Paris vient de décider qu'on créera, à titre d'essai, un DÉPOT MORTUAIRE au Père-Lachaise, où les familles nécessiteuses et logées à l'étroit pourront faire déposer, en attendant l'inhumation, les corps de ceux qu'elles ont perdus. Un local spécial sera affecté aux décédés par suite de maladie contagieuse. Il y aura aussi une chambre pour la désinfection des vêtements et effets ayant appartenu à ces décédés.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part de la mort d'un membre de notre société, *Président du Syndicat de Crécy-en-Brie*, M. le Dr BÉLIARD, maire de la localité, décédé dans sa 48e année.

Le dernier adieu a été prononcé sur sa tombe par M. Dufraigue, président de l'Association dont notre regretté confrère faisait aussi partie.

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr LECADRE, oncle, membre du *Concours*, décédé au Havre à l'âge de 80 ans; et de M. le Docteur. PRAT à Périgueux (Dordogne).

LIVRES D'ÉTRENNES

Cette année encore la *Maison Hachette*, 79, *Boulevard Saint-Germain*, est au premier rang pour le mérite et le nombre des ouvrages qu'elle met en vente. Nous nous bornerons pour le présent numéro aux ouvrages qui suivent et nous complèterons nos indications, à l'usage des membres du *Concours médical*, dans le dernier numéro de l'année.

Nous appelons d'abord l'attention sur le *Voyage à travers la Mongolie et la Chine*, de M. *P. Piassetski*, 90 *gravures* et une carte.

Il a été fortement question des Chinois, tous ces temps derniers. Un de nos confrères, le Dr Piassetski, les connaît particulièrement, et nous fait faire connaissance avec eux, par les belles relations de son Voyage à travers la Chine et la Mongolie. Chez nous, les esprits sont encore divisés au sujet de l'enterrement et de la crémation; en Mongolie, on a trouvé une troisième solution; les Mongols s'enterrent dans l'estomac de leurs chiens. Ce procédé au moins original, rencontrera peu de partisans chez nous, et tant mieux : nous ne pouvons donc pas soupçonner l'affection de nos braves toutous d'être intéressée. La maison Hachette a encore été une fois bien inspirée en éditant ce beau livre. Tous les amateurs de voyages à domicile lui en seront reconnaissants.

Nous rencontrons ensuite les 2 semestres du *Voyage autour du Monde*, de M. *Edouard Charton*. Le prix de chaque semestre est de 13 francs.

Le *Tour du Monde* est toujours la belle publication que tous nos lecteurs connaissent. Cette année Mesdames Jane Dieulafoy et de Ujfalvy-Bourdon, officiers d'Académie, s'il vous plaît, partagent avec les voyageurs connus, MM. Nordens kjold, Wiener et Holub, les honneurs de ce recueil unique des plus intéressantes explorations connues.

Vient ensuite un ouvrage scientifique, le *monde physique, d'Amédée Guillemin*. Ce quatrième volume traite de la *chaleur*. Il contient 9 grandes planches, une en couleur, et 324 vignettes dans le texte.

C'est une publication superbe du plus haut intérêt scientifique. Nous recommandons spécialement la 2e partie, applications des phénomènes et des lois de chaleur, citons : le chauffage, les machines à vapeur, la production industrielle du froid. Les gravures sont fort belles, et aident puissamment à l'intelligence du texte.

Nous recommandons les ouvrages illustrés de la *Bibliothèque des merveilles* : 1° *Histoire d'un pont*, de M. Félix *Narjoux*, 1 vol. 2° Les *merveilles du feu*, de M. Emile *Bouant*, 1 vol. 3° Les *forêts* de M. *Lesbazeilles*, 1 vol. 4° Les *nains et les géants*, de M. *Garnier*, 1 vol. 5° Enfin les 2 vol. de *l'Eclairage électrique* de M. *Du Moncel*.

La maison Hachette envoie son catalogue, avec prix, sur demande.

Le Directeur-Gerant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Sciatique gauche, guérison en 16 bains.

Monsieur le Docteur Créquy nous adresse M. L..., employé du chemin de fer de l'Est à Réthel. Affecté d'une sciatique gauche, datant de plusieurs mois, et ayant résisté à tous les moyens ordinaires, le malade, d'une constitution robuste, âgé de 45 ans, est introduit dans son 1er bain le 11 août 1879. Après le 3e, le sommeil a été meilleur.

Les jours suivants, l'amélioration augmente. Le 18, après le 8e, la marche est plus facile. La cure est continuée jusqu'au 28 août, à chaque bain la sciatique perd de son intensité, si bien qu'à cette date. M. L... se considère comme guéri. Il a pris 16 bains. Il reprend bientôt son emploi, qui consiste à surveiller un grand nombre d'ouvriers, La guérison a été définitive. Dr Moser.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES (Suite).

Emulsion de Goudron végétal Le Beuf

De ce que nous avons dit précédemment, il résulte que les solutions acides, quel que soit le procédé employé pour les préparer, sont des liqueurs aromatiques renfermant, en proportions variables, quelques-uns des principes constituants du goudron; et que les solutions alcalines, qu'il s'agisse du liquide obtenu par l'action de la lessive de soude ou de la solution obtenue par l'action de l'eau sur le résidu de la première opération, sont des savons résineux qui, en aucune façon, ne peuvent représenter le goudron.

Peut-être, dans certains cas, de telles préparations peuvent avoir quelque utilité, mais elles ne sauraient convenir lorsqu'il s'agit d'administrer véritablement le goudron. Au contraire, avec l'**Emulsion Le Beuf**, on est certain d'administrer intégralement le **goudron**, puisque celui-ci **n'a subi aucune modification de substance** et qu'il n'a été que **pulvérisé à l'infini**.

SIROP DE BROMURE DE POTASSIUM

DE J. JOMIN

Faut-il passer en revue les affections diverses qui réclament son emploi? Ses propriétés éminemement calmantes de l'éréthisme circulatoire et nerveux, le feront conseiller dans l'**œsophagisme** (Gubler), dans l'**asthme** et l'**emphysème** (Gubler, Sée), dans la **toux spasmodique et convulsive** de certaines bronchites et de la **coqueluche** (Gubler, Blache), dans les **palpitations nerveuses** et les affections des centres nerveux de forme congestive ou avec excès de stimulus.

M. Jomin, 24, rue Adolphe Thiers, Boulogne-sur-Mer, expédie franco de part et d'emballage contre l'envoi d'un mandat poste.
Deux flacons 8 fr. 50. — Six flacons 24 fr.
Réduction spéciale par les membres du Concours médical.

EAU HÉMOSTATIQUE DE LÉCHELLE

L'Eau de Léchelle constitue un bon médicament **hémostatique** : elle donne de bons résultats dans **ces** hémorrhagies en nappe contre lesquelles échouent trop souvent les moyens thérapeutiques.

Son action s'exerce **à l'extérieur** où on l'emploie en **lotions**, en **tamponnements**, en **injections** et en **compresses**. Elle s'exerce aussi **à l'intérieur** : on la donne alors à la dose de **deux cuillerées a bouche à la fois pour les adultes et deux cuillerées à café pour les enfants**. On répète généralement **trois fois par jour**, le matin, le midi et le soir.

CAPSULES RAQUIN

examen comparatif. — Administré sous forme de **capsules gélatineuses, le baume de Copahu** produit dans l'estomac une sensation de chaleur très pénible et occasionne, après son ingestion, des éructations qui laissent dans la bouche un goût très désagréable, et communiquent à l'haleine l'odeur caractéristique du baume.

Administré sous forme de **capsules glutineuses**, il n'est mis en liberté que dans le duodénum, et, par conséquent, il est sans action sur l'estomac. La commission de l'Académie de Médecine, chargée d'examiner le procédé de M. Raquin, dût constater la facilité avec laquelle ses capsules de copahu étaient tolérées, et l'absence complète des accidents mentionnés ci-dessus.

Le baume de Copahu, dans les **Capsules Raquin**, est amené à consistance voulue par l'addition de magnésie.

FER RABUTEAU

Dragées, Elixir, et Sirop de Protochlorure de fer.

L'acide chlorhydrique existe à l'etat libre dans le suc gastrique, et des savants fort distingués estiment que les préparations martiales doivent être absorbées. C'est là une opinion de grande valeur, et qui paraît confirmée par l'expérimentation clinique : celle-ci montre, en effet, que la **proto-chlorure de fer** pur, tel que le renferme les préparations du **Dr Rabuteau**, exerce sur l'économie la meilleure influence et traduit sa présence par un **relèvement des diverses fonctions** et une **régénération rapide des hématies.**

Le **fer Rabuteau** peut donc être, à juste titre, classé parmi les meilleurs médicaments toniques et reconstituants, puisqu'il est immédiatement absorbable.

On l'administre au début des repas à la dose **de deux dragées** ou bien **d'une cuillerée à bouche d'élixir.**

Nos confrères qui désireraient expérimenter les dragées du Dr Rabuteau n'ont qu'a en faire la demande; MM. Clin et Cie, 20 rue des Fossés-saint-Jacques, Paris, leur enverront gratuitement des échantillons.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
29 Décembre 1883 **Organe officiel des Syndicats des Médecins de France** 5me Année. — N° 52

SOMMAIRE

BULLETIN

Le mardi, 18 décembre 1883, a eu lieu, à l'Académie de médecine, la *séance publique annuelle....* de 1882.

On sait, en effet, que l'Académie de médecine est toujours d'un an en retard, — pour sa séance annuelle.

C'est M. Proust qui a fait le rapport sur les prix, rapport qui a eu un succès très vif.

L'orateur a constaté combien le nombre des morts s'était élevé depuis un an, et, en passant, il a rendu hommage à nos illustrations médicales disparues : Pidoux, Davaine, Hillairet, Woillez, Depaul, Cloquet, Lasègue et Parrot. Puis, il a souhaité la bienvenue aux nouvelles recrues qui sont venues combler les vides : MM. Mesnet, Mathias, Duval, Bucquoy, Gariel, G. Bouchardat, Féréol, Potain, Ball, Vidal, et de Quatrefages. Enfin il a félicité MM. Richet et Charcot, à qui est échu l'honneur de représenter l'Académie de médecine à l'Institut.

Il paraît que l'Académie a l'intention de tenir une nouvelle séance annuelle, dans le courant de février 1884, pour rendre compte des travaux de l'année 1883 : M. Béclard y lirait l'éloge de Claude Bernard ; souhaitons que la savante compagnie mette son désir à exécution !

Dr J. GEOFFROY.

Un décret, paru récemment, confirme le choix que la Faculté a fait de M. *Damaschino*, pour la chaire de pathologie interne. Nos plus sincères félicitations au jeune maître ! — M. *Pajot* a déjà pris possession de la chaire de clinique obstétricale. Sa première leçon a été des plus brillantes, et telle qu'on pouvait l'attendre du professeur Pajot. Il a annoncé son désir formel d'introduire, dans son service, les méthodes antiseptiques dont M. Tarnier s'est fait chez nous le défenseur autorisé, et que les accoucheurs des hôpitaux ont déjà tous adoptées.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement du Tétanos.

Par le Dr DE VILLENEUVE, de Meysieux (Isère).

J'ai lu, dans un des derniers numéros du *Concours*, les réflexions qu'un cas de *Tétanos* a inspirées à Monsieur le Dr Carrière ; — et, si le dernier numéro n'eût pas été si intéressant d'un bout à l'autre, j'aurais regretté qu'aucun de vos lecteurs n'y eût apporté, à son tour, le tribut de ses études personnelles. Il serait fâcheux qu'une question si grosse d'intérêt fût négligée, et je souhaite vivement que M. Gerne choisisse ce thême, pour nous donner un de ces articles si remarquables et si remarqués de Médecine pratique que lui seul sait écrire. En attendant l'œuvre du jeune maître, permettez-moi, Monsieur le Directeur, de relater quelques cas bien réels de guérison de Tétanos, observés à Cuba.

L'article du Dr Carrière est un appel fait à ses confrères, pour les conjurer d'unir leurs efforts

aux siens, qui ne lui ont pas donné tout ce qu'il était en droit d'en attendre; les réflexions sont celles d'un véritable praticien, soucieux d'être à la hauteur des lourds devoirs qui nous incombent, et tous les membres du *Concours* qui, comme lui, cherchent à rayer du langage médical le mode *incurable* que nous avons appris à l'école, prendront, je l'espère, quelque intérêt à la lecture des faits que je vais citer ici, à titre de renseignements.

Le meilleur traité de thérapeutique est, à mon avis, celui que chaque médecin écrit, pour lui-même, au jour le jour, en s'éclairant des faits saillants de sa pratique, et des relations de confrères instruits. Grâce au *Concours*, il est possible d'arriver à ce résultat, et le moment est venu d'entrer en lutte contre une de ces affections qui sont la honte de la médecine. Le praticien armé de toutes les ressources dont la science moderne dispose peut au moins espérer être utile à son client. Il ne se sent pas découragé d'avance, et c'est avec un légitime sentiment de l'utilité de son intervention, qu'il peut faire converger tous les moyens véritablement utiles vers un but commun et suprême : la guérison d'un malade, qui serait mort, sans doute, s'il n'eût pas été éclairé par l'exemple de ses confrères aux prises avec les mêmes difficultés. Aussi, tous les médecins qui ne s'endorment pas dans un coupable scepticisme, hélas! trop à la mode, et considèrent la médecine non pas comme une *inutile histoire naturelle*, suivant le mot bien souvent répété d'Amédée Latour, — mais, comme *l'art de guérir*, — apprécient-ils à sa juste valeur un journal qui, comme le *Concours* présente à ses nombreux lecteurs des avantages pratiques qu'on demanderait en vain aux publications officielles.

En 1875, je fis un voyage à Santiago de Cuba, où je parvins vite à me faire une assez nombreuse clientèle, composée surtout d'habitations sucrières cultivées par des nègres, sous la direction d'employés blancs, Européens pour la plupart.

Dans la malheureuse région où je me trouvais, — la plus malsaine de l'Ile de Cuba, — le tétanos est aussi commun qu'aucune des complications que redoutent, en France, les chirurgiens des hôpitaux.

Un simple refroidissement, une piqûre de *chique* mal pansée, une plaie insignifiante, une extraction de dent, une boisson froide prise après un potage chaud, sont autant de portes ouvertes à la terrible maladie. Pendant mon premier mois d'exercice, j'ai perdu trois malades sur trois, dont deux blancs, que j'ai eus à traiter pour le tétanos : cela n'avait rien qui pût étonner un médecin venant d'Europe, et je me rappelai, à propos de ce triple malheur, un mot prêté à un chirurgien d'armée qui, appelé auprès d'un tétanique, lui aurait dit : « j'ai perdu neuf-cent-quatre-vingt-dix-neuf tétaniques ; vous serez peut-être le « *un sur mille* » qui guérit, dit-on. Au quatrième cas de tétanos qui se représenta dans ma clientèle, j'avais déjà annoncé aux intéressés que je prévoyais un insuccès fatal, quand on me parla d'un médecin espagnol qui *guérissait le tétanos*. C'était un de mes voisins, le docteur B***, que je m'empressai d'appeler, et qui vint sur le champ. Son intervention sauva mon malade, et sa conduite m'éclaira pour l'avenir.

Je rapporte ici, textuellement, l'observation, telle que je l'ai prise au lit du malade, me bornant à une traduction aussi exacte que possible.

OBSERVATION.

15 Janvier 1876. — M. X..., Américain du Nord, mécanicien, 32 ans, — forte constitution, — alcoolique, — s'est énivré dans la nuit du 12 au 13 janvier; — il a passé la nuit dehors, puis à l'heure où commencent les travaux de l'habitation, il s'est rendu à son poste, après avoir pris, selon son habitude, une forte dose d'eau-de-vie. — Vers huit heures, il s'est blessé très légèrement à l'index de la main gauche, s'est pansé lui-même, et s'est remis au travail jusqu'à ce que, son chef d'atelier craignant un nouvel accident, à cause de son état de demi-ivresse, l'ordre lui fut donné d'aller se coucher. — Le 15 au matin, je suis appelé auprès de lui. Je le trouve dans l'état suivant : Il est couché sur le dos, le cou en avant, et me dit qu'il a de la difficulté pour parler; je veux examiner la gorge, mais les mâchoires ne peuvent pas s'écarter assez pour me permettre d'introduire le manche d'une cuillère. — Douleurs au cou et à la nuque. La plaie du doigt, qui consiste en un simple décollement de la peau mesurant environ 6 centimètres de longueur, présente un aspect blafard. Le Dr B... vient à midi, son diagnostic confirme le mien, je lui confie mon malade, et le traitement suivant est commencé sans retard.

— Midi et demi. — Le malade est placé dans une chambre isolée, loin de tout bruit, — *condition essentielle*, — sur un lit de sangle où l'on place un réchaud. Sur ce réchaud, on jette quelques branches de *tabac marron*, — et on donne ainsi un bain de vapeur de trois quarts d'heure. Immédiatement après, on administre : 1° une dose de *vomitif Leroy* (1). Le malade vomit abondamment, à l'aide de l'énorme quantité d'eau tiède qu'on lui fait boire (suivant l'usage immémorial qui règne dans certaines campagnes éloignées des villes, et qui a été importé de Saint-Domingue).

— 2 heures. — Deuxième vomitif. Je veux faire des observations ; mais le Dr B. me parle de s'en aller, et je me tais. Vomissements aussi abondants que les précédents.

— A 3 heures et demi, troisième vomitif. Je suis étonné que le malade résiste à de si violentes manœuvres. L'effet de ce troisième vomitif se faisant attendre, on donne encore une nouvelle dose qui, aidée d'eau tiède, amène encore des vomissements bilieux.

— A 4 heure 1/2, le malade, prostré, a la peau-morte, il ne répond pas aux questions qui lui sont adressées en Anglais ou en Espagnol. On lui donne un bouillon

(1) R. Vin blanc 1000.
Séné 150.
Faites macérer le séné à froid dans le vin, pendant trois jours — filtrez et ajoutez *4 grammes d'émétique* par chaque 500 grammes de liquide obtenu.

mêlé de vin d'Espagne. Il revient un peu à lui, il ouvre la bouche un peu plus librement que le matin. Il n'accuse aucune souffrance. Résolution musculaire complète.

Le Dr B., satisfait, me quitte vers 6 heures, en me recommandant de donner moi-même une goutte de laudanum toutes les heures. Ce traitement est suivi ponctuellement pendant toute la nuit. Deux fois le malade a des spasmes douloureux dans la région cervicale. Trois selles. Au lever du jour, il s'endort et je le quitte en donnant l'ordre de m'appeler à son réveil.

16 Janvier. — Le Dr B. voit le malade avec moi. Il me reproche vivement d'avoir donné, le matin, une tasse de bouillon. En nous entendant parler, le malade a des mouvements spasmodiques dans la nuque, son cou se projette en avant et se gonfle. Il crache en l'air, pour n'avoir pas à exécuter un mouvement douloureux. *Prescription* : fumigation comme la veille, mais plus longue.

Après cette fumigation, le malade n'a plus de mouvements caractéristiques, le pouls, jusqu'alors normal, devient petit; grande prostration ; je commence à perdre espoir. — Les doses de laudanum sont continuées; le malade les prend, sans paraître savoir ce qu'il fait.

— A midi, lavement de lait d'un demi-litre environ.

— A 4 heures nouvelle fumigation. — Le Dr B... me quitte à 8 heures.

— A 10 heures, on m'appelle ; le malade va plus mal. Je le trouve en arc de cercle, malgré les précautions que je prends et que j'impose à la garde-malade, il a des spasmes non pas aussi intenses que ceux que j'avais vus, et que j'ai observés depuis chez les tétaniques, mais très fatigants cependant. — J'appelle le Dr B..., il vient, ne paraît pas trop inquiet et, à mon grand étonnement, ordonne une forte dose de vomitif Leroy. Le malade le prend par force,—il ouvre à peine les mâchoires,— et, au bout de deux heures, on lui administre une nouvelle dose. Après cette secousse, le malade dort profondément. Il se réveille après six heures d'un sommeil calme, et prend un bouillon additionné de vin d'Espagne.

17 janvier. — Les doses de laudanum sont diminuées de moitié, — fumigation d'un quart à heure.

— A 10 heures, le malade est visiblement mieux. Il se plaint de beaucoup de fatigue. L'écartement des mâchoires est le double de celui de la veille. Le Dr B... est satisfait. Bouillon et vin d'Espagne. Dans la journée, pas de spasmes. Quelques contractions douloureuses dans la nuque. Le soir fumigation de dix minutes. Bouillon et vin.

18 Janvier. — Le Dr B. voit une dernière fois le malade, et le déclare sauvé. — *Prescription*: Potion au Bromure de potassium et au chloral, avec addition de Narcéine pour le soir; dans la journée, 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine en 5 injections, Bouillon, lait, vin d'Espagne, jus de viande. La journée se passe sans accident: le malade a faim. —

A partir de ce moment la guérison semble assurée, e traitement prescrit plus haut est continué pendant deux jours, au bout desquels le malade suit le régime des convalescents. — Les complications que je craignais, du côté de l'estomac, ne se manifestent pas.

RÉFLEXIONS.

Je ne cite que cette observation, parce que c'est la seule que j'ai notée au lit du malade ; mais j'ai gardé le souvenir exact de plusieurs tétaniques que j'ai traités et sauvés par le même procédé. Je ferai remarquer que, dans les campagnes situées dans le district de Santiago de Cuba, cultivées pour la plupart par d'anciens Colons de l'Amérique, pendant de longues années, les seuls médecins que l'on rencontrât, étaient les propriétaires des habitations, qui, presque tous soignaient leurs malades avec le livre et le remède de Leroy à la main. Ayant de fréquentes occasions de traiter des Etrangers, ils ont pu obtenir des succès qui ont frappé quelques praticiens, et c'est ainsi que j'ai appris une méthode de traitement si différente de celles qu'enseignent nos livres et nos maîtres dans les hôpitaux !

Dans les villes, à Cuba, ce traitement est inconnu ; je ne l'ai vu employer par des propriétaires qui tenaient à honneur de soigner eux-mêmes leurs esclaves et même leur famille, et par le Dr B.

Une pareille thérapeutique serait difficile à faire accepter en France ; cependant, je crois qu elle peut donner lieu à des réflexions fertiles en résultats. Après tout, qu'a-t-on fait pour le malade dont je viens de parler ? On l'a prostré, on l'a mis dans une résolution musculaire complète et persistante, puis on l'a narcotisé. Sans employer les mêmes moyens violents, ne pourrait-on pas agir d'une façon analogue? Par les bains de vapeur, qui s'administrent si commodément aujourd'hui, grâce aux progrès qui ont été réalisés dans certains établissements, au moyen de l'ipéca, et des injections de morphine, on pourrait sans doute obtenir des résultats heureux. En tout cas, il y a des essais à faire. Pour ma part, je n'ai jamais vu un seul tétanique guérir dans les hôpitaux, en France ou à l'étranger. Quelques-uns de mes confrères auront peut-être été plus heureux que moi, mais je doute que les cas de succès qu'ils ont pu enregistrer soient bien nombreux, et j'espère que certains d'entre eux apprendront avec plaisir qu'il existe une méthode à laquelle ils n'avaient pas songé, et qui, par les heureux effets qu'elle a produits, offre quelques garanties pour l'avenir.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

SERVICE DES NOURRICES (1).

A M. le Dr Duchesne.

Très honoré Confrère.

Dans un article que vous me faites l'honneur de discuter, j'avais signalé les inconvénients des bureaux de nourrices et j'avais proposé, non pas de les supprimer, — je ne suis nullement partisan des exécutions sommaires, — mais d'organiser un système de placements, qui puisse les remplacer avantageusement et les envoyer ainsi doucement et successivement *ad patres* en compagnie de vieux abus d'antan.

Vous admettez bien avec moi que le placement des nourrices, par l'intermédiaire des médecins, donne plus de garanties aux familles; mais, par contre, j'ai trouvé que vous passiez un peu légèrement sur les inconvénients des placements aux bureaux pour la nourrice et surtout pour son enfant.

Vous m'accusez d'avoir chargé le tableau — je ne le crois pas : car j'ai fort peu insisté sur les bureaux eux-mêmes; je ne juge du reste que par le résultat : je compte les victimes, les enfants des nourrices qui meurent du fait des voyages ou du séjour au bureau ; beaucoup en sont malades, quelques-uns en meurent : voilà un fait indéniable qui, j'en suis sûr, ne sera contesté par aucun de nos confrères qui exercent comme moi dans un centre nourricier.

Or c'est là le point capital de mon argumentation : essayer de soustraire les enfants des nourrices aux dangers auxquels ils sont inhumainement exposés par le mode actuel de placement de la mère.

J'ai, à cet effet, indiqué un autre système qui doit parer à cet inconvénient majeur: le déplacement de l'enfant; et j'ai essayé de démontrer, en même temps, que les familles qui ont besoin des nourrices y trouvaient leur avantage.

Que, dans quelques cas pressants, les bureaux rendent des services, je ne le nierai pas; mais la question est de savoir si ces avantages sont tels qu'ils suffisent à défendre l'institution des bureaux.

Sans porter la question trop haut et trop en dehors des limites que nous impose notre journal, ne nous sera-t-il pas permis d'envisager quelques instants la question au point de vue humanitaire et social?

Il y a ici des intérêts, je dirai plus, des existences en jeu. Il y en a en présence la famille riche, qui achète (parlons net) pour ses enfants le lait d'une étrangère, et la mère pauvre qui sèvre prématurément les siens pour faire argent de son lait. Fermons les yeux sur cette semi-monstruosité : c'est une nécessité sociale actuelle qui ne prouve pas en faveur de notre civilisation. Mais passons, je le répète, et inclinons-nous devant le fait brutal. Néanmoins cette situation, en raison même de ce qu'elle comporte d'inique et d'immoral, ne nous commande-t-elle pas, à défaut d'un remède radical, qui ne serait pas accepté, de chercher, de proposer, en faveur des pauvres petits sacrifiés, tous les ménagements possibles.

Vous me dites, très-honoré confrère : l'enfant de ma cliente peut, pour divers motifs, avoir besoin d'une nourrice sur le champ et, dans de telles circonstances où seul le bureau de placement peut nous donner satisfaction; donc je veux conserver les bureaux de nourrices. Et moi, j'ajouterai, en guise de commentaires : tant pis si les enfants en souffrent et en meurent!

Mais qu'arriverait-il donc si vous étiez obligé d'attendre un jour, deux jours pour trouver une nourrice faute de bureaux? Qu'arrive-t-il en un mot dans les villes où il n'y en a pas? Tout simplement ceci; c'est que pour attendre, on a recours à l'allaitement artificiel.

Or, comme cet inconvénient est très léger, en comparaison de ceux auxquels sont exposés les enfants des nourrices aux bureaux et dans leurs voyages au long cours, je ne doute pas, qu'au point de vue humanitaire, vous ne vous joigniez à moi pour faire grâce à la masse de ces pauvres déshérités; l'enfant dût-il, dans quelques cas, attendre un peu.

Quant aux habitudes plus ou moins exigeantes et fantaisistes des grande dames à l'égard du physique de la nourrice, on y pourvoirait dans les limites du possible, avec ou sans photographies : je sais un peu ce qu'il en est pour avoir subi les correspondances de quelques-unes à ce sujet.

En résumé, par le placement direct, je ne vois pas d'inconvénients graves pour les familles, et vous reconnaissez avec moi qu'il y a au contraire des avantages sérieux pour les nourrices, et surtout leurs enfants ; ils ont tout à y gagner. J'en conclus qu'on doit tenter sérieusement cette réforme, qui ne compromet que l'intérêt des bureaux dont nous n'avons pas à nous préoccuper. Passons maintenant aux objections légales que vous faites à ma proposition.

Je n'ignore point la loi que vous me rappelez; mais je crois qu'elle n'a pas été faite contre les médecins, et je doute fort qu'on songe jamais à la leur appliquer. En effet, actuellement nous sommes nombre de médecins qui pourraient être inquiétés : ce que je propose de faire sur une large échelle, se fait déjà en proportion moindre; et à la rigueur, nous pourrions être poursuivis comme *exerçant la profession d'intermédiaires.* Au cas, du reste, ou l'on nous mettrait en demeure d'avoir une autorisation préfectorale, je ne vois pas ce qu'il y aurait là *d'impraticable.*

Je ne m'arrêterai pas longuement à la question des nourrissons à la campagne que vous n'avez pas

(1) Voir les numéros du *Concours* en date du 28 avril et du 24 novembre 1883.

jugé à propos de discuter. Vous l'avez simplement déclarée impraticable, parce qu'elle *rabaisserait le niveau professionnel* sans avantages marqués. Je me bornerai, très honoré confrère, à constater que nous différons complétement d'avis à ce sujet; et cela, je crois, résulte de l'influence des milieux différents où nous sommes placés. Je ne doute pas que, dans notre milieu social, on ne nous jugeât, à l'occasion, nous, médecins de campagne, comme vous le fait pressentir. Mais cela nous importe assez peu: car dans notre milieu à nous, je ne crois pas que notre considération puisse se trouver amoindrie par cette attention que nous apporterions aux intérêts des nourrices, nos clientes, en même temps qu'aux nôtres; surtout si, par ce moyen, comme j'en ai l'intime conviction, on créait pour la santé et les soins des nourrissons une sauvegarde plus efficace.

Vous comprendrez, très honoré confrère, qu'après ce que je viens de dire, je ne discute point votre projet de création d'un bureau de nourrices modèle; néanmoins, au cas où il aboutirait, je vous promets, faute de mieux, d'y prêter la main pour faire acte de concours.

Je termine en priant nos confrères, surtout les principaux intéressés, de donner leur avis sur cette question qui a bien son importance.

Agréez, etc. Dr Simon,

(*de Quarré-les-Tombes, Yonne*).

RÉPONSE.

Comme vous, cher confrère, je voudrais que le mode de placement que vous préconisez. et dont je me sers depuis quinze ans, pût désormais être le seul employé; malheureusement, ainsi que je crois vous l'avoir démontré dans ma dernière lettre, il est une foule de cas dans lesquels on sera forcément obligé d'avoir recours aux bureaux. Le placement direct de médecins à médecins est surtout bon quand on a du temps devant soi, quand on sait qu'on aura besoin d'une nourrice dans trois ou quatres mois, par exemple, et encore si on la retient, on sera obligé de lui donner une indemnité plus ou moins forte, s'il survient une fausse couche chez la personne qui devait la prendre : mais, dans les cas urgents, les familles nous pressent d'avoir sur le champ un sujet; il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de ne pas recourir aux bureaux, d'autant plus que si l'enfant, dans les campagnes où vous avez du lait pur, ne souffre pas de l'allaitement artificiel, pratiqué pendant quelques jours, il n'en est pas malheureusement toujours de même à Paris, où le lait que nous avons à notre disposition a souvent reçu plus d'une fois la consécration du baptême.

Je serai heureux si vous pouvez vaincre les obstacles qui s'opposent à la réalisation de notre projet, et je vous promets mon concours le plus actif. En attendant ce moment heureux, nous espérons que le service des nourrices sur lieux et à la campagne que nous venons d'organiser, et dont vous avez pu lire le mode de fonctionnement dans le dernier numéro du *Concours*, rendra de véritables services.

Agréez, etc. Dr Duchesne.

II

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE DEVANT L'ACADÉMIE FRANÇAISE.

Monsieur et honoré Confrère,

Je crois intéressant de vous envoyer l'extrait suivant, copié mot-à-mot, dans le rapport sur les PRIX DE VERTU, lu dans la séance publique annuelle de *l'Académie française* du 15 novembre 1883, par M. Rousse directeur. (*Typographie de Firmin Didot, page. 26*).

Cela pourrait s'intituler :

Encouragement donné par l'Académie française à la pratique de l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie en France.

Jugez-en : « Nous donnons une somme de 1500 fr. à Mélanie Suhel, qui habite une petite ville du département de la Manche.

Mélanie est au service d'un honorable pharmacien. Comme ces servantes de curés qui finissent par attraper un peu de latin en époussetant le missel et les bréviaires, celle-ci a appris un peu de médecine en nettoyant les bocaux de l'officine et en feuilletant en cachette le codex.

Elle emprunte des recettes à la pharmacie et de temps en temps, elle cache sous son tablier quelques drogues : fière de ses talents, elle cherche des maladies et des malades. Mais comme ces soldats malchanceux qui ne vont jamais à la bataille sans en rapporter quelque arquebusade ou quelque balafre, elle a gagné la fièvre typhoïde en 1847, le choléra en 1849 et, en 1871, elle a failli se faire prendre par les Prussiens en allant dans une grand'garde, près du Mans, porter des médicaments et des vivres aux mobiles de son village. »

Ne trouvez-vous pas, Monsieur et honoré Confrère, que Messieurs de l'Institut ont grand tort de mettre en relief cette pratique de la médecine par une irrégulière? J'admets fort bien qu'ils encouragent des infirmières et des garde-malades comme les Jeanne Trinque, les Elisabeth Avignon et les Florence Roussel (p. 28.) Mais ne sauraient-ils comprendre que *la médecine ne s'apprend pas en époussetant des bocaux de pharmacie*; que le talent de guérir ne s'acquiert pas par ce nettoyage? Toutes ces vieilles femmes, qui se mêlent de faire de la médecine dans nos campagnes, sont une plaie, et si elles réussissent parfois à guérir quelques malades, combien d'autres n'en estropient-elles pas? Et puis messieurs les curés, mesdames les sœurs, et autres personnes animées des intentions les plus charitables, ne voient donc pas que le jour où ils exercent un art qu'ils ne connaissent pas, non-seulement ils risquent de mal faire, mais encore, en voulant obliger leurs semblables, ils désobligent le pauvre médecin de campagne qu'ils privent de clients, alors qu'il en au-

rait souvent bien besoin pour vivre, et aussi le pharmacien qu'ils empêchent de vendre des drogues, privilège qu'il a cependant acheté fort cher !

Combien de ces médecins de campagne dont je parle mériteraient les 1,500 fr. que l'Académie a décernés à cette Mélanie : malades nombreux soignés et guéris, épidémies plus nombreuses également affrontées ; mais non, entre un rebouteur, un curé et un médecin reçu, comme le public stupide, l'Académie va directement au rebouteur et au curé, —(p. 18 : l'abbé Marchal les visite, les soigne, les panse : il est le médecin et l'apôtre de cette cour des miracles), — encourage ceux-ci et décourage ceux-là. Est-ce vrai, cher Confrère?

Recevez, etc. UN MEMBRE DU *Concours*.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la vératrine.

Afin de préciser l'action de la vératrine, MM. *Pécholier* et *Rédier* ont entrepris sur des grenouilles, des lapins et des chiens des recherches expérimentales dont ils ont soumis les conclusions à l'*Académie des sciences*. Les voici brièvement résumées :

I. ACTION LOCALE. — Effet topique irritant sur la peau et les muqueuses, qui augmente encore sur le derme dénudé.

II. TUBE DIGESTIF. — Vomissements et selles copieuses. *La vératrine est un éméto-cathartique puissant.*

III. SÉCRÉTIONS. — Hypersécrétion du mucus nasal, sialorrhée, diurèse ordinaire, rarement diaphorèse.

IV. CIRCULATION. — *a.* — Accélération primitive due en grande partie aux efforts de vomissement; — *b.* — Ralentissement secondaire pouvant même arriver au collapsus. — Arrêt des cœurs lymphatiques avant celui du cœur sanguin (grenouilles). Arrêt de celui-ci en diastole. Altération du sang.

V. RESPIRATION. — *a.* — Accélération primitive, — *b.* — Ralentissement secondaire. Difficulté et gêne de la respiration.

VI. TEMPÉRATURE. — *Abaissement nettement indiqué par le thermomètre.*

VII. SYSTÈME MUSCULAIRE. — *a.* — Excitation primitive plus ou moins courte, suivant l'intensité de la dose, contractures apparentes; — *b.* — Affaissement et paralysie ultérieurs. Opposition formelle, malgré l'opinion de beaucoup d'auteurs, avec l'action de la strychnine; — *c.* — Parésie complète et collapsus.

VIII. SYSTÈME NERVEUX. — *Motricité nerveuse*, non influencée; c'est le contact du sang vératriné sur la fibre musculaire et non l'action du nerf moteur impressionné par la vératrine qui détermine l'excitation primitive du muscle. Cette substance, malgré le dire de Kœlliker, n'agit pas directement sur la moelle. — *Sensibilité* : à l'action irritante topique déjà signalée succèdent bientôt l'anesthésie et l'analgésie. — *Fonctions intellectuelles* : intelligence conservée.

*
* *

Traitement du tremblement par la vératrine.

D'après l'article précédent, la vératrine est donc surtout un poison musculaire. Partant de cette donnée physiologique, M. *B. Féris*, de Brest, a pensé que ce médicament pourrait être essayé dans le traitement du tremblement.

Le tremblement est, en effet, constitué par un trouble dans le mécanisme de la contraction musculaire. A l'état normal, chaque contraction est formée par un certain nombre de secousses élémentaires qui se fusionnent de façon à produire un effet en apparence continu. Dans le tremblement, le nombre des secousses étant diminué, le fusionnement n'est pas possible et dès lors on observe, dans la contraction des muscles nécessaires soit à la production des mouvements, soit au maintien des parties dans une situation fixe, une série de saccades plus ou moins rapides et plus ou moins étendues.

Chez treize sujets affectés de tremblement, dont six alcooliques, un convalescent de fièvre typhoïde et un malade atteint de sclérose en plaques, M. Féris n'a pas compté un seul insuccès. C'est surtout d'après l'écriture des malades qu'était jugée l'amélioration. L'un d'eux était depuis longtemps déjà dans l'impossibilité absolue d'écrire; au bout de treize jours de traitement, il pouvait de nouveau écrire d'une main très ferme.

De ces essais M. Fréris conclut que : les tremblements dépendant de l'alcoolisme, ou des affections nerveuses, aussi bien que ceux qui sont consécutifs aux pyrexies, sont favorablement influencés par l'usage de la vératrine, à la dose quotidienne de deux milligrammes, pris en quatre pilules. Cette action est très rapide, puisqu'elle se manifeste dès les premières vingt-quatre heures du traitement. Mais pour que l'effet soit durable, il faut continuer la médication pendant dix jours au moins ; l'amélioration ainsi obtenue peut alors continuer très longtemps après la suspension de ce médicament.

*
* *

Action purgative de l'évonymin.

D'après un travail communiqué par M. *Conil* à la *Société de thérapeutique*, l'action de cette résine, tirée de l'*évonymus atro-purpureus*, se rapproche de celle du podophyllin. Elle excite la contractilité intestinale et la sécrétion biliaire, agit à la dose de 0, 20 à 0, 30, sans qu'une dose plus forte ait d'effets plus marqués. Son action laxative cesse après un emploi de cinq à six

jours, mais une interruption plus ou moins longue lui rend toute sa puissance.

D'après M. Blondeau, cette cessation rapide d'action serait évitée, en associant la jusquiame à l'évonymin, cette résine provoque moins de coliques que le podophyllin, et ne détermine jamais d'hémorrhoïdes. M. Dujardin-Beaumetz a insisté surtout sur l'action cholagogue énergique de l'évonymin. Dans la lithiase biliaire, elle provoque des crises de colique hépatique, mais elle a finalement une action curative.

* * *

Traitement de la conjontivite par l'acide borique.

Beaucoup de maladies conjonctivales sont parasitaires, et l'on peut dire que toutes les maladies de la conjonctive sont prolongées par les infiniments petits qui y trouvent un développement facile. Il en résulte que, dans la plupart des maladies oculaires externes, l'emploi d'un parasiticide non irritant est indiqué. M. *Lucas Championnière* conseille donc, dans les conjonctivites et kérato-conjonctivites de toute sorte, sans préjudice des autres traitements, des lotions répétées avec l'acide borique. Chez les enfants surtout, elles ont une efficacité merveilleuse, et l'on voit nombre d'enfants, qui ne pouvaient être débarrassés de conjonctivites catarrhales, chez lesquels toute inflammation conjonctivale disparaît après quelques lavages.

La manière de procéder est du reste fort simple : avec une éponge fine, bien imprégner l'œil de la solution tiède un peu chaude, en en faisant couler un peu entre les paupières. On aura donc une solution contenant une solution d'acide borique dans l'eau pure, à 3 grammes et demi pour 100. Deux ou trois fois le jour, on en fait chauffer plein une cuiller sur une lampe à esprit-de-vin, sur le gaz ou la bougie et on l'emploie pour la petite lotion. Ce moyen très simple rend les plus grands services en ville, et même dans la clientèle pauvre de l'hôpital, on aura bien des occasions de l'appliquer. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*).

* * *

Action physiologique et thérapeutique de la caféine

De l'étude si complète de M. *Leblond* sur ce sujet, nous pouvons tirer l'enseignement suivant :

A DOSE PHYSIOLOGIQUE : 1° la caféine est un *excitant* du système nerveux et musculaire ; 2° elle *diminue la fréquence du pouls, en augmentant l'énergie des battements cardiaques* et *la pression sanguine* par constriction vaso-motrice ; 3° elle fait tomber la température périphérique ; 4° elle ne modifie en rien la formation et l'excrétion de l'urée.

Le café, d'après M. Leblond, ne doit pas être regardé comme un aliment d'épargne, ainsi qu'on l'avait cru jusqu'à présent ; M. le Dr J.-A. Fort est arrivé par des expériences personnelles à une conclusion identique.

A DOSE TOXIQUE, 1° la caféine exagère le pouvoir excito-moteur de la moelle, paralyse les nerfs sensitifs périphériques ; elle agit sur le pneumo-gastrique, dont elle diminue l'irritabilité ; 2° elle fait rapidement baisser la pression sanguine par paralysie des vaso-moteurs ; 3° le cœur, chez les animaux à sang froid, se ralentit de plus en plus et s'arrête en systole ; chez les animaux à sang chaud, il s'accélère sur la fin de l'empoisonnement et s'arrête en diastole ; 4° elle produit une action tétanisante sur les muscles ; 5° elle fait rapidement baisser la température ; 6° elle augmente la dénutrition.

USAGES. — On a préconisé la caféine dans les hydropisies en général, les affections cardiaques, l'asthme et la fièvre typhoïde.

DOSES — M. Leblond recommande, au début, de faibles doses, pour tâter la susceptibilité des malades ; on peut ensuite monter rapidement jusqu'à 50 et 75 centigrammes ; il combat l'administration des hautes doses préconisées par MM. Huchard et Lépine (1) ; de même, il ne croit pas utile de dépasser 1g, 50, parce qu'on expose à voir les malades être atteints de maux de tête, vomissements, accès de gastralgie et même de convulsions.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — 1° La Caféine est, en général, beaucoup mieux supportée que la digitale, et, en débutant par de faibles doses, on n'a pas à craindre les fâcheux effets provoqués souvent par cette dernière ; — 2° elle régularise le le cœur, augmente sa force d'impulsion et le ralentit ; — 3° elle provoque une diurèse plus ou moins abondante ; — 4° non seulement c'est un succédané de la digitale, mais il *faut toujours l'administrer dans les cas graves* et qui peuvent devenir promptement mortels, car alors son action se manifeste plus sûrement et surtout beaucoup plus rapidement que celle de la digitale ; — 5° il faut administrer la caféine à doses fractionnées, en potions ou en injections sous-cutanées, et ne jamais débuter par une dose plus forte que 20 centigrammes. Pour résumer les indications de la caféine dans les affections du cœur, M. Leblond dit qu'elle doit être administrée toutes les fois que, pour une cause quelconque, l'état des malades oblige à suspendre l'emploi de la digitale, ou que celle-ci ne serait pas supportée sans inconvénients. — 6° la caféine semble faire baisser la température dans les pyrexies ; de plus, elle est très utile, dans ces cas, comme tonique du cœur : — 7° dans les albuminuries d'origine cardiaque ou autres, elle peut être souvent d'un grand secours ; — 8° c'est elle, enfin, qui semble agir sur la contractilité musculaire de l'intestin dans le cas de hernies étranglées.

* * *

(1) V. *Concours médical*, 1882, No 48, p. 596.

Traitement de l'onyxis par le perchlorure de fer.

Avant de recourir à l'arrachement ou à la destruction de l'ongle par les moyens dont la chirurgie dispose, le médecin peut employer des procédés plus doux. Le docteur *Barberet* les a exposés dans sa thèse, et il s'est surtout appliqué à montrer les avantages du perchlorure de fer.

Avant tout, le médecin doit recommander l'usage des chaussures *à bout carré très large*, qui suppriment la pression du cuir sur l'extrémité du gros orteil.

On a jusqu'ici employé un très grand nombre de substances médicamenteuses pour obtenir la guérison de l'onyxis, et les plus prônées peuvent se réduire à quatre : le *nitrate d'argent*, *la potasse caustique*, *le nitrate de plomb et le perchlorure de fer*. Ce dernier agent, fort employé par M. Terrillon, a donné entre les mains de ce chirurgien de fort beaux résultats.

Au sujet du traitement par le *nitrate d'argent*, voici ce que M. Monod publiait en 1880, dans l'*Union médicale*.

« Après avoir bien mouillé les parties malades, on promène lentement et profondément le crayon de nitrate d'argent dans le sillon malade, de manière à bien cautériser les parties ulcérées et les fongosités. On touche aussi largement, avec le crayon, le repli cutané, au-delà de la limite du gonflement. Il ne reste plus qu'à appliquer des bandelettes étroites de sparadrap diachylon disposées de manière à recouvrir la moitié supérieure de l'orteil dans toute l'étendue de l'ongle. La douleur produite par la cautérisation ne tarde pas à se calmer et, le plus souvent, le malade est agréablement surpris le lendemain, en constatant qu'il peut exercer une pression sur l'orteil et s'appuyer sur lui, en marchant, sans éprouver les souffrances aiguës que déterminait la marche avant cette petite opération. On continue les cautérisations à plusieurs jours d'intervalle, jusqu'à ce que l'eschare soit sèche et solide, résultat généralement obtenu après la troisième cautérisation ; on maintient le pansement jusqu'à la chute de l'eschare, et si le sillon ne paraît pas complètement cicatrisé, il ne faut pas hésiter à toucher avec le crayon. »

Ce traitement à le grand avantage de ne pas exiger de repos.

Il est bon de conserver le pansement de sparadrap jusqu'à ce que l'ongle ait atteint une certaine longueur, qui permette de le couper carrément, c'est-à-dire en conservant des angles latéraux droits.

Les partisans de la *potasse caustique* sont assez nombreux, et plusieurs ont donné des descriptions de leur manière de l'employer.

Levrat-Perrotton, Brachet, Pointier. Scoutetten, appliquent la potasse canstique sur les fongosités seules.

Troy n'en met que sur la matrice et non sur les fongosités.

Vanderback, Krener, appliquent la potasse caustique sur toute la partie de l'ongle qui tient à la peau. Au bout de trois ou quatre jours, chute des eschares et de l'ongle qui ne recroît plus. Krener cite à l'appui de ce procédé huit cas de guérison chez des militaires à l'hôpital de Cadix (1827).

M. Norton, à l'hôpital Saints-Marie de Londres, emploie une solution de liqueur de potasse préparée dans la proportion d'environ 8 gr. pour 32 gr. d'eau ; un bourdonnet de coton, imprégné de cette solution est introduit entre la surface supérieure de l'ongle et les tissus mous qui, d'ordinaire, présentent l'aspect d'une masse fougueuse de granulations.

La solution pénètre la substance de l'ongle, la ramollit et transforme en une sorte de pulpe les cellules superficielles. Le coton est maintenu dans un état d'humidité continuelle à l'aide de lotions fréquentes et, chaque matin, on asperge la portion du tissu de l'ongle qui se trouve ramollie. Au bout d'un petit nombre de jours, l'ongle devient mince et flexible et l'on peut alors, aisément et sans douleur, en retrancher la quantité que l'on uge à propos ; ou bien l'on peut attendre quelques jours de plus, jusqu'à ce qu'il disparaisse entièrement sous l'action de la solution. M. Norton regarde comme tout à fait essentiel que les lotions soient continuées jusqu'à ce que l'ulcération ait disparu, sans quoi l'épiderme reprend trop tôt de la consistance et devient ainsi de nouveau une cause d'irritation, qui provoque le retour de la maladie ou plutôt empêche la guérison. (*The Lancet.*)

Moerloose fut le premier qui se servit du *nitrate de plomb*, principalement dans les cas d'onyxis venus sous l'influence de la diathèse scrofuleuse ; le professeur Vanzetti l'emploie aussi, et ne s'occupe pas de l'ongle lui-même, mais de l'ulcération seule.

Tout récemment, le D[r] Perruzzi a rapporté trois cas que lui avaient communiqués les D[rs] Verardini et Casati et qui avaient été traités avec succès par le nitrate de plomb.

D'autre part, l'on trouve les lignes suivantes dans *The Lancet*.

« Eu égard à la gravité de l'onyxis malin, et à la grande difficulté de traiter cette affection par les lotions et les onguents ordinaires, M. Fairlie Clake incline à penser que le remède sur lequel M. Mac Cormac apporte son attention (nitrate de plomb) est très valable. »

Enfin, au lieu de ramollir l'ongle, on a essayé au contraire de durcir les chairs.

M. le professeur Simonin (de Nancy) a employé pour cela la carbonate de plomb. Il avait lieu de s'applaudir de ses essais, lorsque M. Wahu proposa l'emploi du perchlorure de fer, dont la supériorité fut reconnue par M. Simonin.

M. Terrillon fait usage du *perchlorure de fer*, et voici la description de son procédé.

Introduction d'une mèche de charpie imprégnée de perchlorure de fer pur au-dessous de l'ongle. Cette mèche est maintenue avec une bandelette de diachylon enroulée autour de l'orteil. Repos au lit. Renouvellement du pansement tous les deux jours jusqu'à cicatrisation. En renouvelant le panse-

ment, on trouve presque toujours sous la croûte un peu de pus, dû à la première application de perchlorure.

Parfois très douloureux la première fois, le contact du perchlorure laisse d'autres malades indifférents. Sur 6 malades ainsi traités, la cicatrisation a été extrêmement rapide, même pour de vieilles incarnations. (*Paris-Médical*).

REVUE CLINIQUE

Empoisonnement par l'acide phénique; intoxication lente

Par le docteur Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

C'est une question fort mal connue que celle de l'intoxication par l'acide phénique. On a décrit surtout les cas d'intoxication aiguë, celle qui se produit immédiatement après l'introduction, dans l'organisme, d'une notable quantité d'acide phénique, et se traduit surtout par le refroidissement, la perte des forces, le ralentissement de la respiration suivi ou non de la mort rapide. Même pour cet empoisonnement, bien des choses sont généralement ignorées.

Tout le monde sait que l'acide phénique est toxique. Ce que l'on sait moins, c'est qu'il y a d'immenses différences dans les susceptibilités individuelles et qu'il y a là une source de dangers, pour tous ceux qui donnent d'emblée les doses élevées d'acide phénique.

On en a vu des cas assez fréquents dus aux chirurgiens qui suivent irrégulièrement la pratique de Lister, chez ceux qui veulent à tout prix remplacer la pulvérisation par des lavages excessifs avec des solutions très chargées et chez ceux qui abandonnent dans les cavités de l'acide phénique dilué.

On l'a vu lors d'erreur dans l'adminisiration de l'acide phénique à l'intérieur. Mais on l'a vu certainement aussi sans erreur de la part du médecin, parce que les auteurs ont insuffisamment mis en garde le médecin contre les accidents possibles.

On a accusé les partisans de Lister d'abuser de l'acide phénique, et pourtant ce sont les chirurgiens qui ont le droit d'être surpris de la facilité avec laquelle les médecins ont prescrit l'acide phénique à des doses énormes sans prévoir les accidents.

Il faut s'en défier beaucoup chez les gens prédisposés dont je parlais, et l'éviter avec soin chez les enfants. J'ai vu un empoisonnement complet d'un enfant de six ans, avec 25 centigrammes d'acide phénique; j'ai eu beaucoup de peine à rappeler l'enfant à la vie.

La nécessité de donner des *doses progressives* dans tous les cas, pour tâter le sujet, est absolue.

Il y a un autre point qui n'a pas été traité et qui mériterait pourtant de ne pas être oublié, c'est la nature de l'acide phénique que l'on emploie. Non seulement on ne doit prescrire à l'intérieur que l'acide phénique cristallisé, mais il ne faut pas oublier que, même cristallisé, l'acide phénique contient de nombreuses impuretés très toxiques, aussi conseillons-nous toujours d'employer exclusivement, pour l'usage interne, le phénol absolu. Il est très probable, d'après ce que l'expérience nous enseigne, que les accidents d'intoxication sont beaucoup moins à redouter avec cette substance très pure. Elle a encore l'avantage d'avoir un goût moins désagréable, et de déterminer beaucoup moins d'irritation locale.

Mais si *l'intoxication aiguë* par l'acide phénique est mal connue, on peut dire presque que l'*intoxication chronique* n'est point du tout connue; si quelques auteurs en ont parlé brièvement, d'autres l'ont niée résolument. Elle existe pourtant, et mérite d'autant mieux d'attirer l'attention du medecin qu'elle est moins prévue.

Elle se caractérise par un état fort analogue à celui de l'embarras gastrique fébrile: céphalalgie souvent très pénible, inappétence, état saburral de la langue. Le patient accuse un abattement extrême. Après quelques jours de durée, la langue, qui était blanche, devient rouge et sèche, la fièvre s'allume, la température monte. Chez certains convalescents, on peut voir la température à 39° même 40°; souvent elle monte un peu au-dessus de la normale sans aller plus haut.

La gastralgie est un phénomène très commun, et cela chez des gens qui n'ont jamais pris d'acide phénique à l'intérieur. L'état de malaise des patients et leur irritabilité sont des phénomènes très prononcés.

L'état des urines est beaucoup moins caractéristique que dans l'intoxication aiguë ; les urines sont rarement très noires ; elles sont généralement brunes, d'une teinte verdâtre. Elle contiennent de l'acide phénique. Contiennent-elles de l'albumine ? Nous l'avons observé, mais dans des cas assez complexes, après l'ovariotomie.

Nous avons observé ces accidents dans des cas, très divers. Il est à peine besoin de dire que nous n'en avons vu de cas grave que chez des malades dont nous n'avions pas dirigé le traitement.

Nous les avons vus plusieurs fois chez des femmes en couches, auxquelles, sous prétexte d'antiseptie, on injectait régulièrement des solutions phéniquées plus ou moins chargées dans le vagin. Nous avons vu, en pareil cas, des accidents fébriles assez intenses pour simuler la septicémie.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un vaste abcès de la fosse iliaque où on injectait chaque jour une solution d'acide phénique au 50 ème. La poche était mal drainée et conservait chaque jour de la solution. Les choses furent disposées de telle sorte que la plaie se vidait bien, et la malade guérit.

Toutes les injections dans les cavités sont redoutables à cause de cela. J'ai été appelé en consultation pour une malade à laquelle on avait fait l'opération de l'empyème. On lui avait fait, chaque jour des injections phéniquées. Elle mourut

d'intoxication phéniquée chronique, avec tous les accidents décrits plus haut.

Les applications phéniquées sur la peau peuvent quelquefois donner lieu à ces accidents toxiques. Chez quelques-unes des femmes en couches sur lesquelles j'ai fait appliquer coutinuellement des compresses imprégnées da solution au 1/40 j'ai vu survenir des accidents d'embarras gastrique qui ont disparu aussitôt après la cessation des applications phéniquées.

Lors de grandes opérations abdominales (ovariotomie), ce n'est guère pendant l'opération que les patientes s'imprègnent d'acide phénique. La pulvérisation, quand l'appareil est bon, ne donne pas de contact redoutable pour le péritoine, et les grands lavages phéniqués de l'abdomen n'ont aucune utilité. Ce n'est pas ordinairement le lendemain que les malades ont les urines noires, mais seulement au bout de 3 ou 4 jours. Cela résulte de l'absorption par la peau, sur toute la surface des énormes carapaces de gaze phéniquée qu'on leur met; la compression sur le pansement favorise cette absorption.

Aussi nous plaçons souvent la gaze phéniquée seulement au niveau de la suture, confectionnant le grand bandage avec de la gaze à l'eucalyptus.

Mais le médecin n'a pas seulement à combattre l'intoxication qui s'est produite après ordonnance régulière. Aujourd'hui, l'acide phénique est devenu d'un usage banal. Nous rencontrons à chaque instant les brûlures déterminées par l'emploi de solutions phéniquées comme topiques.

J'ai vu un malade qui s'était empoisonné de la sorte avec une spécialité contenant de l'acide phénique. Il avait tous les phénomènes, signalés plu haut, de l'embarras gastrique, et, de plus, des vertiges qui se représentaient chaque fois qu'il prenait la drogue en question. Quand il renonça à l'usage de l'acide phénique, les accidents disparurent, mais il conserva quelque temps un affaiblissement considérable.

Parmi les accidents les plus curieux de l'intoxication chronique, il faut placer le suivant.

Dans le *Calombus médical Journal* (4. 1883), le docteur Webb Kelly, publie un article curieux, sur un abus peu connu de l'acide phénique.

Il rappelle combien l'avortement provoqué est commun aux Etats-Unis; à chaque instant, dit-il, on rencontre dans la clientèle des femmes qui possèdent chez elles les substances dites abortives, et cela sans préjudice de l'aide de bien des praticiens en renom.

Mais le nombre des femmes qui cherchent à empêcher la conception est grand aussi, et cela avec beaucoup d'inconvénients pour elles. Dans le cours de ces deux dernières années, il a observé plusieurs cas où l'agent employé était les injections d'eau et d'acide phénique donnant des accidents très notables.

Dans un premier cas, il s'agit d'une prostituée qui accuse une grande irritabilité de l'estomac, avec douleur peau froide, douleurs de têtes violentes, pouls faible, diarrhée légère; elle est extrêmement affaiblie et ne peut manger.

Le cas était embarrassant; mais cette fille raconta elle-même que, dans la maison où elle était, toutes les filles avaient l'habitude d'employer les injections vaginales d'acide phénique, pour empêcher la conception, et comme prophylactique des accidents vénériens. Elles savaient que cela les rendaient sujettes aux accidents de ce genre, plus légers d'ordinaire, que l'on faisait disparaître en suspendant l'usage de l'acide phénique. Elles prennent aussi d'habitude de la quinine qui semble propre à faire disparaître les accidents d'empoisonnement. On l'avait engagée depuis plusieurs jours à cesser l'emploi de l'acide phénique, mais elle avait persisté et les accidents s'étaient aggravés. Avec quelques soins ils disparurent.

Une autre femme, mère de cinq enfants, très effrayée de la perspective d'une nouvelle grossesse, avait suivi les conseils d'un charlatan qui l'avait engagée à employer les injections d'acide phénique; depuis ce temps, peu à peu, elle était arrivée à un état de nervosisme extrêmement pénible, avait perdu les forces, l'appétit, et on la traitait pour une affection de l'utérus, dont il n'y avait pas trace.

Elle se remit en cessant l'usage de l'acide phénique; puis bientôt, l'ayant repris, elle retomba; puis, de nouveau, elle cessa et s'améliora rapidement.

Dans un troisième cas, une jeune femme, mariée depuis un an, présentait des symptômes absolument analogues, mais moins accusés. Elle employait l'acide phénique sur le conseil de sa mère. Elle en employait jusqu'à 120 grammes par semaine. Tant qu'elle continua l'usage de ces injections, rien ne s'améliora. Certaines circonstances ayant amené la séparation du mari et de la femme, elle s'améliora et recouvra la santé.

Faut-il conclure de cet exposé, qu'il faut renoncer à l'acide phénique? Il faudrait alors renoncer à tous les médicaments actifs. C'est un médicament trop puissant pour être administré d'une façon banale. Il doit être surveillé très attentivement, et il est bien a remarquer que les disciples rigoureux de Lister aient peu ou point d'accidents.

Quand on rencontre ceux-ci, quelle conduite suivre? Pour les accidents aigus, on doit courir au plus pressé et réchauffer le patient: à l'extérieur les enveloppements chauds et les frictions sont indiqués. J'ai ajouté à cela une notable quantité d'alcool à l'intérieur. Il y aurait probablement avantage à exciter la sécrétion rénale, voie d'élimination importante pour l'acide phénique.

Pour l'intoxication chronique, la suppression de l'acide phénique est la première indication. Mais il faudra traiter aussi l'embarras gastrique. Les évacuant légers, le sulfate de soude en particulier est indiqué : on lui croit même une action spéciale.

Quand on est arrivé trop tard pour arrêter les cacidents, c'est qu'on les connaissait assez mal pour les avoir laissés persister longtemps.

(*Journal de Méd. et du Chir. pratiques*)

COURRIER

Observation d'anurie, suite de néphrite calculeuse. Guérison.

Le n° 48 du *Concours médical* publiait, sous la signature de Monsieur le Dr Charpentier, de Meaux, une observation d'anurie, par obstruction des uretères, ayant persisté cinq jours, sans déterminer l'ombre d'accidents. J'ai l'honneur de vous adresser l'observation suivante, qui en est exactement le pendant, et que vous pourrez publier dans votre journal, si vous le jugez convenable.

Pendant ma première année d'exercice, je fus appelé en consultation par un de mes confrères et amené par lui auprès d'un malade dont l'état l'inquiétait assez sérieusement. Je trouvai un homme de quarante-cinq ans environ, d'une bonne santé habituelle, robuste, qui se plaignait de douleurs de reins assez violentes. Il nous raconta qu'à la suite d'une hématurie, survenue deux jours auparavant, les urines s'étaient brusquement supprimées et n'avaient pas reparu depuis. Il ne s'en inquiétait pas autrement, n'éprouvant en aucune façon le besoin d'uriner. Sa vessie ne contenait en effet que quelques gouttes d'urines, on le sonda à plusieurs reprises, et toujours sans résultat. L'état de santé antérieur de ce malade excluait toute idée de lésion rénale ancienne; nous ne constations aucune espèce de symptômes pouvant faire supposer une lésion récente : nous conclûmes à une néphrite calculeuse, l'anurie pouvant s'expliquer de deux façons : ou un seul rein et un seul uretère, anomalie que l'on rencontre quelquefois; ou obstruction simultanée des deux uretères par des calculs.

L'hématurie, les douleurs vésicales, nous semblaient suffisantes pour étayer cette hypothèse, que l'avenir, du reste, est venu confirmer.

Nous prescrivîmes en conséquence : révulsifs sur la région rénale, grands bains prolongés, opiacés et bromure de potassium, sans nous dissimuler, et sans dissimuler à l'entourage, ce que cette suppression d'urines pouvait avoir d'inquiétant. Eh bien ! nous avions grandement tort de nous tourmenter; les choses restèrent en l'état pendant un jour encore, au total huit jours, sans que le malade ait rendu une goutte d'urine, et sans qu'il y ait, en apparence, de résorption urineuse, ni oppression, ni somnolence, ainsi que le dit mon confrère, rien, rien, absolument rien. Le malade mangeait, buvait, presque comme à son ordinaire; il eût dormi sans ses douleurs de reins qui étaient parfois intolérables. Enfin, le soir du huitième jour, il rendit un premier calcul, l'urine reparut immédiatement, deux jours après, il en rendait un second.

En résumé, cette observation me paraît intéressante à un double point de vue : 1° Obstruction simultanée des deux uretères par des calculs, ces faits sont assez rares; 2° anurie complète durant huit jours sans déterminer le moindre accident. Ces deux observations me paraissaient donc de nature à modifier singulièrement le pronostic de l'anurie.

Dr Eymery.

(Membre du *Concours médical* et du *Syndicat de Coutras*).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Gynécologie.

Traitement de la vulvo-vaginite des petites filles

A. — méthode du docteur J. Chéron.

Le traitement doit s'adresser, et à la diathèse lympathique ou herpétique d'une part, et à l'état local.

Le traitement général comportera les prescriptions suivantes :

1° Bains, tous les deux jours, avc un kilogr, de sel de cuisine (chrolure de sodium) et 120 grammes d'amidon.

2° Prendre, avant chaque repas, une cuillerée à café du sirop composé :

Teinture d'iode	1 gr.
Bromure potassique	3 —
Sirop de Tolu	150 —

M. S. A.

3° Boire, aux repas, une solution de bi-carbonate de soude avec le vin :

Bi-carbonate de soude	5 gr.

Pour un litre d'eau.

4° Laxatifs doux : huile de ricin, manne, etc., toutes les semaines.

Comme traitement local :

Injections, à l'aide d'une seringue munie d'une canule en gutta qu'on poussera doucement au fond du vagin, avec la solution :

Glycérine neutre	120 gr.
Sulfate d'alumine et de potasse	3 —
Laudanum de Sydenham	2 —

F. S. A.

Une cuillérée à café pour un demi-verre d'eau tiède. Injections, matin et soir.

Laisser entre les lèvres un petit plumasseau de charpie imbibé de la solution.

B. — Méthode du docteur Bouchut :

1° Lavages fréquents avec l'eau de son, l'eau de Goulard ou l'eau de feuilles de noyer :

2° Toucher la muqueuse vaginale soit avec une solution :

Sublimé	10 centigr.
Eau distillée	300 grammes.

soit avec :

Nitrate d'argent	20 centigr.
Eau distillée	30 grammes.

3° Faire placer entre les grandes lèvres de la charpie imbibée de substances antiseptiques.

4° traitement général (toniques, reconstituants, antidiathésiques.)

C. — Les lotions coaltarées et le traitement général par les reconstituants, les antidiathési-

ques (arsenic), et les *bains sulfureux*, nous ont toujours procuré les meilleurs résultats en pareil cas. J. G.

VARIÉTÉS

LA MÉDECINE MILITAIRE D'APRÈS LE COLONEL RAMOLLOT DE LOUIS LEROY.

Ne suis pas médecin, c'possible, mais mémorez-vous bien de la chose que je n'coupe pas dans la tisane.

On a f... des docteurs dans les régiments qui n'connaissent rien d'la chose de carotte. J'ai assisté l'autre jour à la visite; m'a fait suer, parole d'honneur.

L'docteur f... à ces gaillards-là deux jours d'hôpital, trois jours, quatre jours d'hôpital; pour un peu, leur aurait fait un bail!

Une visite, voilà comment ça s'passe quand on a du poil sous l'nez, n.. de D..!

— Comment vous app'lez-vous?

— Léon-Hilaire Triquet.

— Quelle compagnie?

— Quatrième du trois.

— S'vous d'mandez?

— Docteur, j'ai des douleurs de tête qui..

— Douleurs! douleurs! f... moi quinze griffles à c't'homme-là pour lui faire changer ça de place.

— *Un autre!*

— S'vous demandez!

— Docteur, je ne vois plus clair et...

— Plus! plus clair! f... moi c'gaillard-là à l'ombre, puisque l'grand jour lui fait du mal; viendrez m'trouver quand ça s'ra passé, et tâchez moyen qu'ça passe vite, ou sans ça, je vous f... au cachot.

A un autre.

— S'qui vous faut, mon garçon?

— Docteur, je suis tombé dans l'escalier et j'ai l'épaule qui me fait bien souffrir.

— Souffrez épaule, pas vrai; bon, démise pour lors, hein? Eh bien! allez m'scier une voie d'bois pour la cantine. A force d'la faire aller, se r'mettra.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de deux membres du *Concours Médical*, M. le Dr CALVET, de Nimes; de M. le Dr BERTELOT, de Baune-la-Rolande.

LIVRES D'ÉTRENNES

C'est encore dans les productions de la maison Hachette, 79, boulevard Saint-Germain, que nous choisissons, pour en rendre compte à nos lecteurs, un magnifique volume, la *Syrie d'aujourd'hui*, par le Dr *Lortet*, Doyen de la faculté de *Lyon*.

Cet énorme volume de 700 pages, édition de grand luxe, contient 364 gravures, huit cartes, dont une de la *Palestine*. Nous ne croyons pas que la maison Hachette ait jamais édité un plus bel ouvrage. Il nous rappelle le *Voyage* de notre malheureux confrère, le Dr *Crevaux*; encore un grand Français!

Le Dr *Lortet* a accompli son voyage dans de tout autres conditions que l'héroïque *Crevaux*. Il est accompagné par sa femme, par un préparateur de zoologie, un dragman, un cuisinier, de nombreux domestiques, et sa caravane se compose d'une trentaine de bêtes de somme, chevaux, mulets, etc. Ce n'est pas Crevaux qui aurait songé à se pourvoir d'un cuisinier dans les terribles solitudes qu'il affrontait. Tous ses repas étaient conquis de haute lutte et la faim était son plus redoutable adversaire.

Son heureux et savant émule, M. Lortet était préparé, de longue date à son expédition. Histoire des pays parcourus, Géographie, Ethnologie, Architecture, Flore et Faune, rien ne lui était étranger, et c'est plaisir que de parcourir, au courant de ses récits, les pays que baigne la Méditerranée.

Nous allons de *Marseille à Alexandrette*, Tripoli, Beyrouth, Sidon, Tyr, Saint-Jean, d'Acre, Nazareth, Samarie, Jérusalem, Jaffa. Nous visitons la mer Morte, le Jourdain, Tibériade, les plaines d'Arbelles, Damas, les ruines de Ba'Albeck et tant d'autres lieux célèbres. Nous voyons avec M. Lortet tout ce qu'il a vu, tellement sont prodigués les dessins, plans, cartes, vues panoramiques. Le récit est intéressant; M. Lortet a vu avec les yeux d'un savant connaisseur; il recueille d'intéressantes anecdotes partout où il passe, grâce aux nombreuses relations qu'il sait se créer.

Pour notre part, nous avions deux motifs pour nous éprendre aux récits de M. le Dr Lortet; le premier c'est qu'il avait choisi pour but de ses excursions, ces pays d'Orient si variés, si enchanteurs, que, durant quatre années, nous avons nous-même parcourus.

Notre second motif, c'est que, au cours de ses intéressants récits, le Doyen de Lyon nous a raconté ses relations avec notre compatriote, notre camarade d'enfance le Dr Suquet, médecin sanitaire à Beyrouth. Comme notre ami commun Paul Galle, mort à Schanghaï, le Dr Suquet a succombé à Beyrouth, aux fatigues professionnelles. Ce n'est pas sans émotion que nous avons lu dans la *Syrie d'aujourd'hui* les lignes suivantes :

« Le Dr *Suquet* est un des hommes les plus considérables de la Syrie. Etabli depuis de longues années à Beyrouth, savant d'un rare mérite, il a vu et connu toutes les personnes marquantes de notre époque qui font un voyage en Orient. Aussi est-il connu de tout le monde sur cette côte méditerranéenne; depuis les Emirs et les princes de la montagne, jusqu'aux Bédoins des plaines de Damas, de Homs et de Hama, chacun a recours à ses soins et son influence est grande en Syrie. La France est dignement représentée par lui, dans un pays où elle peut être appelée à jouer un important rôle politique. »

Cet hommage rendu à notre regretté ami, le souvenir du Dr Crévaux, les conquêtes scientifiques du docteur Lortet, prouvent que les médecins font quelque figure dans le monde et, qu'au dehors, notre pays trouve en eux de glorieux représentants.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

BULLETIN MENSUEL DES SYNDICATS

DÉCEMBRE 1883

LES SYNDIDATS MÉDICAUX. — COUP D'ŒIL RÉTROSPECTIF

SITUATION ACTUELLE

Il y a quelques années à peine, M. le docteur Margueritte, du Hâvre, étudiait, dans le *Concours médical*, l'organisation des syndicats professionnels et, avec une autorité incontestable, il démontrait les avantages que nous pourrions en retirer et la nécessité impérieuse qui, selon lui, s'imposait au corps médical tout entier de s'engager dans cette voie. Tous ceux qui ont suivi avec quelque attention les phases diverses par lesquelles est passée cette question, ont certainement gardé le souvenir des colères plus ou moins sincères que cette innovation eut le don de susciter. De tous les côtés à la fois, on fit aux nouveaux venus un accueil bien fait pour décourager les plus zélés. Une grande partie de la presse médicale, la presse politique, des revues philosophiques s'attaquèrent à la fois aux syndicats, à ceux qui les organisaient et à ceux qui en faisaient partie.

De son côté, l'Association générale, par l'organe de M. le Dr Martineau, son secrétaire alors, lança contre l'institution nouvelle les plus violentes et, disons-le, aussi les plus injustes critiques. Les sociétés locales ne voulurent pas rester en retard et un grand nombre d'entre elles, ou bien ne voulut pas étudier la question, ou bien prononça, contre les syndicats, une condamnation sévère.

Les difficultés semblaient donc s'amonceler insurmontables et l'œuvre naissante, menacée et gravement compromise, paraissait devoir promptement retomber dans l'oubli. Néanmoins, grâce à la persévérance et à la vigueur que mit le *Concours* à la soutenir, on vit çà et là quelques syndicats s'organiser, un peu timidement d'abord, puis avec un entrain qui, depuis lors, ne s'est plus démenti. Aujourd'hui nous comptons près de soixante-dix syndicats médicaux formés et il n'est pas de semaine où nous ne recevions de bonnes nouvelles relativement à ceux qui sont en voie de formation. Nos lecteurs trouveront plus loin des documents se rapportant à deux syndicats nouveaux, celui de Lectoure et celui d'Epernay. Le mois prochain, nous espérons leur en faire connaître plusieurs autres. De tous côtés, les associations nouvelles s'imposent, en quelque sorte, au corps médical.

C'est que partout on a compris que l'union, dans la grande famille médicale comme ailleurs, constitue un puiss t élément de force. Partout on a compris que nous devions être les gardiens vigilants de nos intérêts l sés et qu'il était urgent d'opposer une digue aux prétentions arrogantes ou odieuses, et toujours grandissantes, de toutes les collectivités qui nous exploitent. Partout on a compris que notre isolement et la concurrence insensée faisaient seuls la puissance de tout ce qui conspire contre nos droits les plus légitimes. A ceux qui s'unissent pour être forts contre nous et nous imposer des tarifs d'honoraires vraiment humiliants, nous avons senti qu'il fallait répondre en nous unissant, afin de rejeter, avec dédain et mépris, des propositions qui ne sont pas dignes du corps médical. A l'association, nous avons répondu par l'association : aux envahissements, nous avons répondu en serrant nos rangs; nous avons obéi à une loi suprême : nous avons lutté pour l'existence !

A côté de l'Association générale des médecins de France — œuvre que nous admirons et pour laquelle nous éprouvons les plus vives sympathies, mais qui ne peut se prêter à toutes les exigences de la défense de nos intérêts sur la vaste étendue de notre territoire, — nous avons créé des petites sociétés de défense professionnelle : ce sont nos syndicats. Nous n'attàquons personne, nous nous défendons. Nous avons déjà obtenu d'excellents résultats et nous comptous bien en obtenir de plus considérables encore, là où l'association générale ne saurait intervenir. Aussi avons-nous toujours pensé qu'il ne fallait pas lui demander l'impossible, sous peine de la déconsidérer et de tomber nous-mêmes dans le découragement. Et c'est justement à cause de cela que les syndicats nous ont paru une nécessité de notre époque, où tout se transforme avec une rapidité vertigineuse.

Pourquoi, dès lors, chercher à créer, entre l'Association et les Syndicats, un antagonisme dont nous aurions tous à souffrir? Pourquoi surtout avoir voulu représenter ces derniers comme une cause de dégradation, en quelque sorte, pour le corps médical? Où a-t-on pu voir que nous marchions à grands pas vers le mercantilisme et le déclassement de la profession? Le déclassement!.... Oui, ce mot a été prononcé; mais nous récusons absolument la compétence de ceux qui formulent de semblables appréciations. Et, sans vouloir faire ici de personnalités, nous dirons que ceux qui portent un jugement aussi sévère n'ont jamais connu les difficultés de toute sorte, les amertumes dont chaque jour est abreuvé le praticien en lutte avec les misères qu'il rencontre, et l'ingratitude qu'il recueille sur sa route pour prix de son dévouement.

Mais passons!.... Le temps modifie bien des choses, et déjà les violences des premiers jours ont fait place au sang-froid. Nous sommes heureux de constater que le ton de la Presse médicale s'est considérable-

ment modifié. Qu'on lise, par exemple, avec attention, le remarquable discours de l'honorable Président de la Fédération médicale belge que nous donnons plus loin. On verra l'appréciation que nos voisins portent sur l'œuvre que nous poursuivons. Ceux qui connaissent le sens pratique de nos honorables confrères ne seront point surpris, et nous espérons que plus d'un hésitant se sentira entraîné par leur exemple.

Ce n'est pas seulement la presse scientifique belge qui s'occupe des Syndicats. Presque tous les journaux de médecine français leur consacrent, de temps à autre, quelques colonnes. — Il faut bien un peu parler d'eux, puisqu'ils existent ! Il est vrai qu'un certain nombre de nos collègues ne le font point sans amertume et avec toute la bonne grâce désirable. Mais après tout, peu nous importe : les Syndicats sauront faire leur chemin, quoi qu'il arrive, et si un certain nombre de journaux n'osent pas encore prononcer le nom du *Concours* qui en a été l'initiateur, le jour viendra où il faudra bien reconnaître qu'il avait raison; et ce jour, qui n'est pas éloigné, sera celui où l'immense majorité des praticiens français seront avec nous.

Ainsi l'année qui finit a été, au point de vue des Syndicats, féconde en heureux résultats. Un grand nombre de sociétés nouvelles se sont, en effet, constituées, adoptant des règlements d'une sagesse à défier toute critique. Les anciennes ont travaillé à l'étude des questions dont la solution intéresse le plus directement le modeste praticien et ont déjà provoqué des améliorations considérables dans sa situation. Nous n'avons nulle part rencontré cette hostilité dont on voulait faire un épouventail; partout, au contraire, nos plaintes ont été écoutées avec une courtoisie de bon augure. Nous n'avons donc qu'à persévérer et nous sommes certains que nos efforts seront couronnés de succès.

Un des organisateurs de l'un des premiers Syndicats qui aient été créés, un des ouvriers de la première heure, nous écrivait récemment les lignes suivantes : « L'idée que j'ai ramassée et fixée sur le « papier était dans l'air depuis longtemps. Person- « nellement j'aurais pu l'y laisser, étant de ceux qui « sont arrivés et qui, sans souci du présent qui leur « est assuré, n'ont aucune inquiétude pour l'avenir « des leurs, après leur mort. Je suis donc, de la façon « la plus absolue, désintéressé dans la question, et si « je l'ai soulevée, c'est uniquement parce qu'il m'a « semblé que l'Association, j'entends le Syndicat, « qui était si bonne pour tout le monde, ne pouvait « pas être mauvaise pour les médecins. » — Il y a environ deux ans, l'honorable M. Roger, président de l'Association générale, se déclarait lui-même « un partisan des petits Syndicats. » Dès lors pourquoi hésiterait-on encore? Pourquoi l'Association n'accepterait-elle pas franchement la situation en accordant son appui moral à une œuvre qui est destinée à la compléter? Mais surtout nous conjurons les organisateurs de nouveaux Syndicats d'être aussi larges que possible, au point de vue de l'admission des membres qui devront les composer. On ne doit exclure que les indignes, ceux en compagnie desquels on ne saurait se trouver sans rougir. Officiers de santé ou docteurs, nous devons tous être regardés comme les membres d'une même famille et prendre rang dans les Syndicats au même titre. Membres de l'Association générale ou praticiens isolés, nous devons demander aux Syndicats de nous protéger, comme nous devons leur prêter notre concours et notre appui.

Dr Ad. Barat-Dulaurier,
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

CRÉATIONS DE NOUVEAUX SYNDICATS

Deux nouveaux syndicats viennnent d'être constitués; celui de Lectoure (Gers), et celui de la Marne (section d'Epernay).

Nous recommandons particulièrement à ceux de nos confrères qui se proposent d'organiser de nouveaux Syndicats, la circulaire que MM. les Drs E. Palle, Pellot et E. Evrard ont adressée aux médecins de la région, et que nous reproduisons un peu plus loin.

A. B. D.

Syndicat médical de Lectoure.

Lectoure, ce 26 novembre 1883.

Monsieur le Rédacteur,

Avant-hier un grand nombre de médecins de l'arrondissement de Lectoure s'est réuni et a constitué un Syndicat. Cette œuvre éminemment utile aura, nous l'espérons, de féconds résultats : Résultats matériels et résultats moraux. Nous devons marcher en nous tenant la main. Bien des discussions et même des haines profondes ne reposent que sur des malentendus ou des commérages d'un public qui, lui, a tout intérêt à nous diviser.

Le bureau du Syndicat est ainsi composé :

MM. Ducassé, *président.*
— Dieuzaide, *vice-président.*
— Miran, *secrétaire-trésorier.*
— Clavé, Saint-Jeannet, *commissaires.*

Notre Syndicat compte vingt-huit membres. Trois ou quatre de nos confrères n'en font pas encore partie; mais nous espérons bien que cet éloignement ne sera que temporaire.

Veuillez, Monsieur le Directeur, agréer l'expression de mes sentiments dévoués et confraternels.

Dr A. Miran.

Syndicat médical de la Marne.

Le 9 novembre 1883, la circulaire suivante était adressée aux médecins de l'arrondissement d'Epernay et cantons voisins :

Monsieur et très honoré Confrère,

Si vous pensez que tout n'est pas pour le mieux, dans notre monde médical; si vous croyez que notre grande et bienfaisante Association générale est impuissante à réaliser toutes les espérances que nous avions mises en elle; si vous jugez que le moment est venu de substituer l'action utile aux récriminations stériles, nous vous prions de vous joindre à nous, pour jeter les bases d'une union syndicale des médecins de l'arrondissement d'Epernay et des cantons voisins.

Nous ne sommes point les ennemis de l'Association générale des médecins de France; nous voulons au contraire lui venir en aide et alléger ses charges d'avenir, en procurant à tous, dans la mesure du possible, le moyen de tirer de notre profession tout ce qu'elle peut « honorablement » nous donner.

Exploités par l'Etat, par les grandes administrations, par les communes, par le public; très insuffisamment protégés contre l'exercice illégal, nous voulons opposer à tous, non des efforts individuels trop souvent impuissants, mais le faisceau de la résistance collective.

Nous nous proposons de vous soumettre les résultats obtenus par les syndicats médicaux qui, dès aujourd'hui, fonctionnent dans une grande partie de la France.

L'étendue de la circonscription à laquelle nous nous adressons, nous oblige à prévoir une division du syndicat en deux sections, dont l'une aurait pour centre Epernay, l'autre un chef-lieu de canton du sud de la Marne. Cette division nous paraît, non-seulement probable, mais encore désirable, moins parce qu'elle résulte d'un fait géographique, que parce qu'elle repose sur la distinction formelle qui existe entre deux groupes de population, car l'un est essentiellement viticole, l'autre essentiellement agricole.

Quoiqu'il en soit, la réunion de tous les médecins du sud-ouest de la Marne à Epernay nous paraît utile; car, plus nombreux seront les adhérents à l'idée que nous préconisons, plus fortes seront nos résolutions, plus profitable la propagande à faire auprès de nos confrères dissidents.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Dr E. Palle, Dr Pellot, Dr E. Evrard.

Peu de jours après avait lieu une réunion où les bases d'un Syndicat étaient posées. Nous croyons devoir reproduire le procès-verbal de cette première réunion, persuadé que nos lecteurs l'accueilleront avec tout l'intérêt qu'il mérite.

Syndicat de la Marne (Section d'Epernay)

Le 18 Novembre 1883, les médecins de l'arrondissement d'Epernay et des cantons voisins, se sont réunis, pour fonder un syndicat.

Les promoteurs de la réunion avaient adressé une lettre circulaire à *tous* les médecins de l'arrondissement d'Epernay et des cantons de Châtillon, Ay et Vertus.

La séance est ouverte à une heure; 16 membres sont présents; ce sont : MM. Rousseau (d'Epernay), — Oudiné (de Barbonne), — Moret et Limasset (de Dormans), — Mossman (de Tours-sur-Marne), — Chéry (de Hautvillers), — Laydeker (d'Avize), — Clément (d'Orbais), — Damideaux (d'Ablois), — Gaillard (de Damony). — Evard, Pellot et Palle (d'Epernay).

A l'unanimité et par acclamation, l'assemblée offre la présidence d'honneur à M. le Docteur Rousseau, notre doyen d'âge.

Ce témoignage d'affectueuse déférence était bien dû au vénérable praticien, qui, toujours debout sur la brèche, depuis plus de soixante ans, n'a cessé de défendre, et par ses actes et par sa plume, les droits du corps médical.

Deux assesseurs, M. Dunand d'Esternay, et Palle d'Epernay, prennent place à ses côtés ; M. le docteur Pellot, le plus jeune confrère, accepte les fonctions de secrétaire.

Sur l'invitation du Président, M. le docteur Palle, prend la parole : il donne connaissance des adhésions qui lui ont été adressées, soit par lettre, soit verbalement par MM. Couillaud et Verron (d'Epernay) que des circonstances imprévues empêchent d'assister à la réunion; par MM. Poirier (d'Avize), Foucart (d'Anglure), Plicot (de Fère-Champenoise), Ollivier (d'Orlais), Naud (de Congy), Beckerick et Grosjean (de Montmirail), Aubriot (de Gault-la-Forêt), Bourguignon (d'Ambonnay), — de plus, il annonce que MM. Berthiaud et Martinet (de Villenauxe), (Aube), représentés par M. le docteur Dunand, d'Esternay, expriment le désir de faire partie du Syndicat. Cette communication est acceuillie avec la plus grande faveur par l'assemblée.

Des adhésions nouvelles nous sont promises, et il ne nous est pas défendu d'espérer que ceux de nos confrères qui hésitent encore, bientôt imiteront l'exemple que leur donnent M. le docteur Rousseau, notre doyen, et M. le docteur Vincent d'Ay, qui a renoncé à l'exercice pour cause de santé.

Monsieur le docteur Gentilhomme, de Reims, membre d'une commission instituée près de l'Association médicale de la Marne pour l'Etude des syndicats, assiste à la réunion. M. le docteur Collin, de Châlons, avait été aussi convié. Nous avons ainsi voulu témoigner que nous n'avons pas l'intention de faire œuvre isolée, mais bien marquer le point d'attache qui doit, un jour, unir notre syndicat à ceux qui se formeront prochainement dans la Marne.

Après avoir procédé au dénombrement de nos forces, le docteur Palle s'attache à combattre les scrupules de ceux qui pourraient voir dans notre fédération en syndicat, une atteinte portée à l'indépendance dont nous sommes à la fois fiers et jaloux — à l'honorabilité professionnelle dont nous avons reçu le dépôt de nos aînés, et que nous avons le devoir de transmettre à nos successeurs.

A cette occasion, il donne lecture de la liste des syndicats qui, depuis 1881, se sont fondés en

France du Nord au Midi, de l'Ouest à l'Est. Par la rapide progression de ce mouvement, il démontre que le moment est proche où le corps médical Français sera étroitement uni, et il n'a aucune peine à prouver qu'un drapeau qui rallie de si nombreux et de si honorables combattants ne saurait mettre en péril l'honneur de la corporation.

« Il ne faut pas nous le dissimuler, dit-il, c'est une lutte que nous engageons, lutte contre les mauvais clients, et par là, nous entendons non pas les pauvres, mais les clients de mauvaise foi; lutte contre les municipalités et les bureaux de bienfaisance qui donnent aux médecins des honoraires nuls ou dérisoires; lutte contre les sociétés de secours-mutuels qui accueillent oomme membres participants des gens qui possèdent notoirement une situation aisée; lutte contre les compagnies d'assurances dont les agents interviennent entre le médecin et sa clientèle pour imposer aux blessés les soins du médecin de l'agence; lutte enfin contre les agissements des parquets, qui, en matière de médecine légale, nous imposent le tarif de 1811, alors que,par l'emploi du système des vacations, il leur est si facile d'honorer convenablement les laborieuses, répugnantes et parfois dangereuses constatations qu'ils nous confient ou nous imposent. »

Après avoir ainsi caractérisé l'esprit du syndicat, le docteur Palle rend à l'Association générale des médecins de France le légitime tribut de reconnaissance à laquelle elle a droit, pour les services qu'elle a rendus à notre corporation; il adjure ceux des membres présents qui n'en font pas encore partie d'entrer dans le giron de cette bienfaisante institution. Leur obole viendra grossir le trésor destiné à soulager la misère de ceux qui ont été vaincus dans la lutte et leur adhésion montrera mieux qu'un long discours combien sont vaines les objections faites à l'œuvre des syndicats.

De ces objections, il en est une qu'il convient de relever : on nous reproche d'éparpiller les forces du corps médical, — à cela nous répondons : la concentration de toutes les forces dans les mains du bureau central n'a rien produit auprès des pouvoirs publics, et elle nous laisse désarmés dans la lutte de chaque jour, l'union des syndicats nous fournira de nouvelles armes et c'est à nous, électeurs répandus sur le territoire de la France entière, qu'il appartiendra d'intervenir auprès des sénateurs et députés pour obtenir la révision des lois qui régissent la médecine et donner ainsi la sanction de la loi à nos justes revendications.

Aux ennemis qui nous assiègent et aux parasites qui nous rongent, il est juste d'ajouter les ennemis intérieurs qu'il nous faut avoir le courage de regarder en face : ces ennemis sont la désunion et l'inertie.

Chacun de nous doit faire un effort sur lui-même, oublier les luttes passées, renoncer aux compétitions ardentes et passionnées; plus le sacrifice sera grand, plus il sera méritoire, et mieux il servira notre œuvre

Quand à cette paresse de l'âme qu'on appelle inertie, elle enlève à ceux qu'elle a envahis le désir et, fort heureusement aussi, le droit de se plaindre; mais cette inertie elle-même est souvent plus apparente que réelle, elle s'appelle résignation chez ceux qui souffrent sans espoir, et à ceux-là nous apportons un double et précieux remède : l'union et l'action.

Après avoir fait cet exposé, le docteur Palle examine la question des statuts qui doivent régir le syndicat, et qui doivent être aussi larges, aussi conciliants que possible.

Une courte discussion s'engage à ce sujet; et un certain nombre de confrères y prennent part. Enfin M. le Dr Dunand, d'Esternay, s'appropriant un mot célèbre, déclare que le syndicat fera œuvre utile et pratique, en ralliant tout les médecins sur les questions qui les divisent le moins, et il propose d'ajourner à une époque ultérieure la confection d'un tarif — M. le Dr Vincent appuie cette proposition. C'est en tenant compte de ces observations que le comité est invité à proposer un projet de statuts.

Syndicat médical de Montaigu

Séance du 27 mai 1883.

PARAGRAPHE PREMIER. — EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

Le Syndicat décide que :

1° Les membres du Syndicat refuseront leurs soins à ceux qui ouvertement, et spécialement à ceux qui malgré une ou plusieurs condamnations,font exercice de médecine illégale.

Toutefois, s'il s'agissait d'un cas extrêmement urgent, les médecins auraient la faculté d'agir selon leur conscience, en exigeant une rémunération au moins double de celle fixée par le tarif du Syndicat.

(Cette mesure est exclusivement applicable à la personne qui exerce illégalement la médecine et non aux membres de sa famille).

2° La liste des personnes contre lesquelles est prise cette mesure, sera adressée par les médecins intéressés et envoyée au bureau du Syndicat. — Elle constituera le *livre rouge*.

PARAGR. 2. — RÉQUISITION MÉDICO-LÉGALE.

Il est décidé que :

1° Les médecins syndiqués refusent absolument leur concours demandé par réquisition écrite ou verbale.

2° Dans le cas où la récidive leur serait applicable et où, par conséquent, ils deviendraient libres d'obtempérer à la réquisition, ils s'engagent néanmoins à s'abstenir de produire un rapport circonstancié, en un mot, de faire œuvre de médecin légiste.

3° Le médecin appelé par une autorité judiciaire, dans un cas où l'humanité lui fait un devoir d'obéir, (s'il s'agissait par exemple d'un accident ou d'un crime et que la victime pût encore avoir besoin des secours de l'art), peut ne prendre règle que de sa conscience, mais doit toujours s'abstenir de faire œuvre de médecin légiste.

4° Si des poursuites étaient exercées contre un confrère du Syndicat ayant observé ces résolutions, la caisse syndicale pourvoirait à tous les frais.

Pour copie conforme. MIGNEN,
Président.

Syndicat médical de Brignoles.

Séance du 19 novembra 1883.

Monsieur le Directeur,

Le Syndicat du cercle de Brignoles (Var), a tenu le 19 novembre une importante réunion dans cette ville. L'ordre du jour portait :

1° Tarif minimum des honoraires.
2° Inspection des écoles.
3° Caisse de retraite.

Un tarif minimum d'honoraires a été fixé et la réunion a ensuite décidé que ce tarif serait affiché dans le cabinet de chacun des membres syndiqués. Nous avons réuni en petite brochure tout ce qui a trait à notre Syndicat, règlement et tarif d'honoraires compris.

Cette brochure sera envoyée, dans un but de propagande, à tous les médecins du département.

Sur la seconde question, le Syndicat a délégué son bureau auprès de M. le Préfet du Var, dans le but d'obtenir une juste rétribution des visites scolaires d'après un tarif basé sur 5 francs, ou au moins 3 fr., par visite et par école. Un pareil tarif existe déjà dans quelques départements, et nous espérons que l'autorité préfectorale fera droit à notre légitime demande.

En même temps, la délégation devra demander à M. le Préfet une plus équitable répartition des postes de médecin-inspecteur des écoles et des enfants en bas âge.

La question de la Caisse de retraite a réuni l'unanimité des voix. Tous les membres présents vous envoient leur adhésion et, comme les absents avaient délégué leur pouvoir, vous pouvez inscrire comme adhérents tous les membres de notre Syndicat. La réunion exprime le vœu que la pension soit au moins de 1,200 fr. et de 500 fr. pour la veuve ou les orphelins. Nous attendons avec impatience le résultat des travaux de la Commission.

En même temps, Monsieur le Directeur, permettez-moi d'user, au nom du bureau, de la publicité du *Concours*, pour prier nos confrères adhérents au Syndicat de mettre un peu plus d'exactitude à assister aux réunions générales. Ils doivent comprendre que nos réunions auront d'autant plus de poids qu'elles seront plus nombreuses.

De graves questions, qui devront être soumises aux pouvoirs publics, seront bientôt discutées. Elles n'auront quelques chances d'aboutir que si elles sont appuyées par une forte majorité.

Dr Trotobas.

Syndicat médical de l'arrondissement de Baugé (Maine-et-Loire).

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1883.

Présidence de M. le Dr Chevalier.

Présents : MM. Chevalier (de Baugé), Marchand, Chevalier (de Beaufort), Périgault, Bœll, Picard, Zannellis, Bellanger, Haeque, Geslin, Mikalowieez.

L'ordre du jour appelle le vote sur les candidatures de MM. Picard et Zannellis qui sont admis.

Approbation du procès-verbal de la dernière séance et des comptes du trésorier.

Nomination de M. Normand, greffier de la justice de paix de Baugé, comme agent de recouvrement du Syndicat.

MM. Bariller et Caternault qui ont quitté la région, sont nommés membres honoraires.

Lecture du rapport fait par le secrétaire sur l'exercice de la médecine légale et sur l'accueil fait à la proposition du Syndicat de Baugé, par les Syndicats auxquels elle a été communiquée.

L'assemblée décide qu'il y a lieu de refuser de faire à l'avenir toute expertise médico-légale, si tel est l'avis de la majorité des membres du Syndicat, avis auquel tout le monde devra alors se conformer.

Le secrétaire est chargé de se mettre en relation avec les différents membres du Syndicat.

La question mise à l'ordre du jour : des moyens à opposer à l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens, les religieuses, les rebouteurs, etc., est réservée.

Des poursuites seront exercées quand elles seront réclamées par quelque membre du Syndicat. — Seulement la majorité est d'avis que, le Parlement étudiant une loi sur la matière, il convient d'ajourner toute mesure d'ensemble.

Les membres du bureau sont maintenus dans leurs fonctions.

Le Secrétaire, Dr Bœll.

Association syndicale professionnelle des médecins de l'arrondissement de Senlis.

ASSEMBLÉE DU 21 OCTOBRE 1883.

Présidence de M. le Dr MILLET, Syndic.

Le Dimanche 21 Octobre 1883, la quatrième assemblée trimestrielle des médecins de l'Association syndicale de Senlis s'est tenue à l'Hôtel-de-Ville de Senlis.

A deux heures, M. le docteur Millet, syndic président, ouvre la séance.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le Dr Magnier, de Crépy, qui depuis longtemps n'exerce plus la médecine, adresse sa démission à M. le Président. L'assemblée exprime ses regrets et prie M. le Président d'en faire part au démissionnaire.

L'ordre du jour appelle le vote sur le mode de recouvrement des honoraires.

Les articles suivants sont successivement mis aux voix et adoptés.

Article premier. — Les membres de l'Association syndicale professionnelle des médecins de l'arrondissement de Senlis, *s'engagent* à réclamer, à la fin de chaque année, les honoraires qui leur sont dûs *par tous leurs clients.* — Adopté à l'unanimité.

Art. 2. — La formule de réclamation des honoraires est facultative. — Adopté à l'unanimité.

Art. 3. — Dans le cas où cette première réclamation restera sans réponse, une lettre de rappel sera adressée aux clients retardataires, *au plus tard dans le courant de juillet.* — Adopté.

Art. 4. — Pour ce rappel, es membres du Syndicat emploient la formule suivante :

Cabinet du Dr X. , le

M

J'ai l'honneur de vous rappeler que la note d'honoraires que je vous ai adressée en janvier dernier, s'élève à la somme de

Veuillez agréer, M l'expression de mes sentiments dévoués. Dr X.

Art. 5. — Dans le cas où cette deuxième note restera sans réponse, et dans les trois mois qui suivront, il sera adressé aux clients retardataires la note suivante :

Cabinet du Dr X. , le

M.

J'ai l'honneur de vous informer que fin octobre prochain, je ferai toucher par la poste, à votre domicile, la somme de que vous me devez pour l'année 18 .

J'ai l'honneur de vous saluer. Dr X.

Ces différents articles, adoptés à l'unanimité, deviennent obligatoires pour le règlement des honoraires de l'année 1883.

L'ordre du jour appelle ensuite la discussion d'une modification à l'art. XII des statuts.

Après le vote de la modification proposée, M. le Président prend la parole pour attirer l'attention de ses confrères sur les heureux résultats obtenus par la société confraternelle le *Concours médical* qui, à sa dernière séance annuelle, a pu proposer à ses adhérents les affectations suivantes :

5.000 fr. au service des remplacements gratuits des médecins malades.

1,000 fr. aux travaux de révision de la législation médicale.

2,500 fr. pour création mensuelle de suppléments au journal le *Concours médical*, organe officiel des Syndicats, suppléments destinés à la publication des procès-verbaux des divers Syndicats de France.

1,000 fr. pour prêts et encouragements aux Syndicats.

1,000 fr. à la disposition d'une commission chargée de poursuivre l'exécution des vœux émis par les Syndicats.

1,000 fr. pour l'étude du fonctionnement d'une caisse de pensions de droit pour les médecins.

1,000 fr. pour la création de deux bourses pour l'instruction de fils de confrères momentanément gênés.

Une association qui emploie ses bénéfices à des œuvres si véritablement confraternelles ne peut trouver que des adhérents parmi nous et ceux qui n'en font pas encore partie, ne tarderont certainement pas à lui donner leur adhésion.

Par un vote unanime, l'assemblée se déclare favorable, en principe, à la création d'une caisse de pensions de droit et adresse ses sincères remerciements au directeur du *Concours médical* et à ses dévoués collaborateurs.

Syndicat médical du Hâvre.

Nous extrayons ce qui suit du compte-rendu des travaux du Syndicat médical du Hâvre. Nos lecteurs verront combien ont été actifs nos honorables confrères ; ils apprécieront, comme nous, l'énergie qu'ils ont mise à défendre les intérêts du corps médical hâvrais et les résultats avantageux qu'ils ont obtenu. Que partout on les imite et bientôt nos doléances n'auront plus de raison d'exister, car les abus les plus criants auront cessé.

C'est le 17 juin 1881 qu'eut lieu la première réunion dans laquelle une commission fut chargée de rédiger des statuts. Tous les médecins du Hâvre, sauf un seul, avaient donné leur adhésion et encore le refus de M. le Dr Belot, le seul dissident, n'était-il point un acte d'hostilité à l'égard du Syndicat.

Le 21 juillet les statuts étaient votés ainsi qu'un tarif *minimum* d'honoraires et on procédait à la nomination d'un bureau composé de :

MM. Margueritte, *Président.*
— Lemercier, *Adjoint,*
— Lecadre, oncle, —
— de Prez Crassier, —
— Gibert, —

Dans la séance tenue le 8 septembre 1881, il est donné lecture d'une lettre collective des médecins du Bureau de Bienfaisance du Hâvre, exposant que le nombre des inscrits au Bureau devient de plus en plus considérable, et que, par suite, leur service devient de jour en jour plus pénible, et finit par n'être rémunéré que par des émoluments dérisoires. En conséquence, ils se sont décidés à réclamer de l'administration une augmentation de traitement, en vertu de laquelle le chiffre de mille francs serait alloué à chacun d'eux. Ils demandent si, pour cette revendication, ils peuvent compter sur l'appui de la chambre syndicale et des membres du syndicat. Après un échange d'observations entre tous les membres présents, il est est admis que nos confrères sont assurés dêtre soutenus dans leur réclamation qui paraît très juste et parfaitement fondée.

Peu de temps après, le 8 novembre, nos confrères du *Bnreau de Bienfaisance* informent le syndicat qu'une demi satisfaction leur a été donnée par l'administration qui a élevé leurs appointements de 500 fr. à 750 fr. Devant cette preuve de bonne volonté, ils n'ont pas cru devoir se montrer plus exigents, d'autant plus qu'on leur laissait à entendre que cette augmentation ne serait pas la dernière.

Dans la réunion du 10 janvier 1882, le syndicat commence à s'occuper des sociétés de secours mutuels. Les médecins syndiqués s'engagent à n'accepter aucune position de Médecins de Société de secours mutuels ou d'assurances, sans que la Chambre syn-

dicale n'ait statué sur les émoluments qui doivent leur être attribués ; mais cette question ne devait recevoir une solution que beaucoup plus tard.

La séance du 23 février 1882 offrait un double intérêt, en ce que, du même coup, elle mettait le syndicat aux prises avec l'administration municipale, d'une part; avec une société de secours mutuels, d'autre part. Il s'agissait, en effet, du poste de médecin des agents de police. Le titulaire, M. le Dr Lausiès se trouvant surchargé de travail et mal rémunéré, s'était vu obligé de donner sa démission, à moins qu'on ne fît droit à la réclamation d'augmentation qu'il élevait.

L'administration, mise ainsi en demeure, fit des ouvertures à M. le Dr Drouet, et nos deux confrères saisirent de la question la chambre syndicale, qui, après l'avoir étudiée avec eux, s'arrêta à la mesure suivante : son président écrivit à M. le maire de la ville une lettre dans laquelle il lui exposait la situation, et demandait nettement que le nombre des agents ayant plus que doublé, et se trouvant dispersé sur un périmètre plus étendu, les émoluments du médecin fussent portés de 500 fr. à 1,000 fr. — Ce qui a été accorde, ainsi qu'il est annoncé dans la séance tenue le 3 octobre 1882. D'autre part, on se réservait de traiter avec l'adjudant des sergents de ville, pour les soins à donner à leurs familles, en partant de ce principe que chaque agent serait libre de choisir tel médecin qui lui conviendrait, et que ce médecin serait payé au prorata de ses visites et consultations, sur les bases de 2 fr. par visite, et de 1 fr. par consultation au minimum.

La lettre écrite à M. le maire par le président du syndicat avait été portée à la connaissance de tous les confrères, en même temps qu'invitation leur avait été adressée de ne prêter l'oreille à aucune proposition faite à ce sujet par l'administration. Aussi, à la réunion générale, tous les membres présents furent d'accord sur la marche à suivre : 1o vis-à-vis de l'administration ; 2o vis-à-vis de la société des secours mutuels des agents de police. Cette marche était celle indiquée dans la lettre adressée à M. le maire et obtint l'assentiment unanime.

. . . .

A propos des sociétés de secours mutuels, M. le Dr Perrichot donne lecture d'une lettre signée MM. les Drs Lecadre neveu, Perrichot, Boutan, De Prez-Crassier et Margueritte. Dans cette lettre, il prouve, avec exemples à l'appui, que les sociétés de secours mutuels sont de pures combinaisons économiques établissant une assurance contre les maladies et le chômage et dégénérant en véritable assurance contre le médecin, qui est exploité de la façon la plus éhontée. Aussi pour faire cesser un pareil état de choses, les signataires de la lettre proposent que : *A dater du 1er mai* 1882, *aucun membre du Corps médical du Hâvre n'acceptera le titre de médecin d'une société de secours mutuels quelconque, soit à honoraires par visite, soit à honoraires fixes par an. On considèrera les membres de ces sociétés comme des clients ordinaires soumis au tarif d'honoraires suivant leur position de fortune. Libre à eux de se faire rembourser du montant ou d'une partie du montant des honoraires par la caisse de la société.*

Une discussion assez animée s'engage à ce sujet, mais les membres présents, pensant, avec juste raison, qu'une proposition aussi importante, ne peut être traitée avec précipitation, croient préférable de remettre, à une séance ultérieure, la discussion et le vote qui devra s'en suivre.

C'est dans les séances tenues les 4 avril et 23 mai suivants, que furent votées les résolutions suivantes :

1o Les Membres des sociétés de secours mutuels seront libres de prendre un médecin de leur choix, parmi ceux qui souscriront aux conditions faites par les sociétés.

2o Les visites seront réglées au prix de *deux* francs au minimum.

3o Les consultations seront réglées au prix de *un* franc au minimum.

4o Ces honoraires seront garantis par la Société.

5o Le médecin se réserve le droit de soumettre à un tarif d'honoraires plus élevé que le précédent et proportionnel, toute personne qui, tout en faisant partie de la Société, est dans une position qu'autorise manifestement cette surélévation du prix à lui réclamer pour les visites et consultations.

Dans la réunion du 20 février 1883, M. Guilmin signale au Syndicat un officier de santé, M. de Crécy, non reçu pour le département de la Seine-Inférieure, qui, nonobstant sa position irrégulière, est venu s'établir dans le quartier de l'Eure et y exerce la médecine au mépris des lois et règlements. — M. Guilmin réclame l'appui du Syndicat pour protéger ses droits. Il est décidé que l'on fera auprès de M. le Procureur de la République toutes les démarches nécessaires pour sauvegarder les droits de notre confrère, M. Guilmin, et pour empêcher M. de Crécy d'exercer illégalement la médecine et le mettre en demeure de régulariser sa position.

Communication par le Président d'une lettre du Dr Cassius, secrétaire du syndicat de Lot-et-Garonne. Dans cette lettre il est dit que, en principe, les médecins membres du Syndidat de Lot-et-Garonne refusent de faire les expertises médico-légales. Ils ne prêteront leur concours que dans le cas de flagrant délit prévu par l'article 476, no 12 du Code pénal. Le bureau du Syndicat est chargé de faire connaître cette résolution aux Syndicats médicaux existants. Celui de Lot-et-Garonne adoptera et mettra en pratique, dès qu'elle lui sera connue, la ligne de conduite acceptée par la majorité des syndicats.

Cette lettre est remise entre les mains du Dr Lecadre neveu, médecin du Parquet, qui doit s'occuper de la question.

Le Dr Lecadre neveu communique le résultat de ses conversations avec les membres du Parquet, relativement à la majoration des indemnités allouées aux médecins légistes. Les magistrats ne peuvent voir qu'avec satisfaction les médecins entreprendre une campagne pour faire réviser les règlements qui fixent les tarifs parce que, eux-mêmes, dont les émoluments en pareil cas sont dérisoires, profiteront aussi de cette révision. En conséquence, il est décidé que le président du Syndicat médical du Havre adressera au secrétaire du syndicat de Lot-et-Garonne une lettre conçue dans le sens suivant :

Le syndicat médical du Havre s'associe de tout cœur au mouvement provoqué par le syndicat de Lot-

et-Garonne en faveur de la révision des tarifs des honoraires dus aux médecins légistes; mais il pense que l'action doit être générale et que l'on doit se mettre en rapport avec la société de médecine légale de Paris, de manière à agir tous d'accord et à avoir par cela même une action plus forte.

La suite au prochain numéro.

Syndicat médical de Coutras.

Formé par un groupe de médecins appartenant aux départements de la Gironde, de la Dordogne, de la Charente et de la Charente-Inférieure. — Réunion générale semestrielle du 2 décembre 1883. — Présidence de M. le Dr Caussade.

La séance est ouverte à deux heures.

Vingt-six médecins assistaient à la réunion. Un certain nombre s'étaient fait excuser. — L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau; mais avant de procéder à ce travail, M. Caussade rend compte à ses confrères des travaux du Syndicat départemental de la Gironde. La réunion décide, à l'unanimité, qu'il y a lieu de poursuivre avec énergie l'amélioration de la situation qui est faite au médecin pour les différents services publics où son concours est sollicité. Elle est d'avis, particulièrement, que le Syndicat départemental devra se mettre en rapport soit avec M. le Préfet, soit avec le Conseil général, afin de faire voter des fonds suffisants pour assurer une rémunération convenable aux médecins chargés du service médical des Enfants-Assistés, des enfants en nourrice (loi Roussel), de l'inspection des écoles. La réunion, se rangeant à l'opinion de M. le Dr Caussade, pense qu'il y a lieu de faire parvenir, en temps utile, des pétitions à qui de droit pour réclamer, avec insistance, les améliorations indiquées.

En ce qui touche les honoraires médicaux légaux, reconnus absolument insuffisants pour tout le monde, le Syndicat de Coutras émet le vœu que le Syndicat départemental de la Gironde intervienne auprès des pouvoirs compétents, à l'exemple de celui du Lot-et-Garonne, afin d'arriver, par une entente commune, à réaliser les mêmes résultats avantageux qui ont été consentis à nos confrères.

M. le Dr Barat-Dulaurier, vice-président, expose qu'au moment même où a lieu la réunion de Coutras, des confrères éminents et dévoués sont assemblés à Paris pour étudier les bases de la création d'une *Caisse de retraites*. La retraite devra être acquise de droit à tout confrère qui, ayant versé un certain nombre d'annuités, aura atteint l'âge fixé par les statuts (soixante ou soixante-cinq ans au maximum).

Reconnaissant les avantages qu'une semblable institution offrira au corps médical français, tant au point de vue moral qu'au point de vue matériel, sur la proposition de M. Dulaurier, et à l'unanimité, l'assemblée :

1° Donne son entière adhésion au principe de la création d'une caisse de retraites *de droit* pour le corps médical français.

2° Aux honorables et dévoués confrères qui, suivant l'impulsion du *Concours médical*, ont assumé la lourde tâche de mener à bien cette utile institution, elle adresse ses sincères remerciements et ses plus vives félicitations; elle fait en outre des vœux pour le succès prochain de cette œuvre.

Le scrutin pour renouvellement du bureau, pour le 1884, donne les résultats suivants :

Président :	Dr Caussade, de Saint-Médard de Guizières.
Vice-Présidents :	Dr Dulaurier, de Saint-Antoine sur-l'Isle, pour la Gironde.
—	Dr Dallidet, de Laroche-Chalais, pour la Dordogne.
Assesseurs :	Dr Lafitte, de Coutras, pour la Gironde.
—	Dr Vidal, de Mussidan, pour la Dordogne.
Secrétaire-Trésorier :	Dr Chayron, Villefranche-de-Longchapt (Dordogne).

Il est ensuite procédé à l'admission de M. le Dr Viaut, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, comme membre du Syndicat. M. le Président adresse à notre nouveau collègue quelques paroles de bienvenue auxquelles s'associe toute l'assemblée. De son côté, M. Viaut prononce une petite allocution où il fait appel à l'esprit de confraternité, de concorde, d'union de chacun de ses confrères. Il termine en les mettant en garde contre l'emploi de certaines mesures qu'on pourrait considérer comme violentes, et qui seraient plutôt faites pour éloigner des syndicats que pour leur attirer de nouvelles recrues. Les applaudissements recueillis par M. Viaut, lui ont montré que telles étaient aussi les vues de tous les assistants.

Il est ensuite décidé que les agents de recouvrements agréés par le syndicat se mettront en campagne aussitôt après le 1er janvier 1884. M. Dulaurier fait remarquer qu'en arrivant dans un village, il est utile qu'ils puissent exhiber des notes de tous les médecins qui y sont habituellement appelés. Cette manière de procéder, en faisant comprendre aux clients qu'il s'agit d'une mesure générale et non d'un fait isolé, empêchera toute insinuation malveillante à l'égard des médecins de la région, comme elle sera de nature à éviter tout préjudice à l'un d'eux. — Adopté.

Enfin M. le Dr Chayron, secrétaire-trésorier, fait remarquer que, les dépenses du Syndicat étant peu considérables, les fonds en caisse augmentent chaque jour. Comme à son avis, l'action du Syndicat sera d'autant plus efficace que des relations plus nombreuses existeront entre les différents membres, il émet le vœu que les deux dîners qui suivront les réunions semestrielles, soient payés par la caisse commune. Il espère que cette mesure engagera nos confrères à être plus exacts aux réunions. — La proposition de M. Chayron est adoptée. — La séance est levée à cinq heures précises.

REVUE DE LA PRESSE

I

LES MÉDECINS DE RODEZ ET LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS

Nous lisons dans la *Gazette médico-chirurgicale* de Toulouse la communication suivante:

M. le Président Viala communique à l'Association des médecins de l'Aveyron, une lettre adressée aux médecins de Rodez, par les membres du bureau de la Société de secours mutuels des Ouvriers réunis de cette ville. Ces messieurs se plaignent de ce que, dans leur société, les dépenses ont excédé les recettes de plus de 400 fr. pour l'exercice 1882. Ils prient les médecins de délivrer à leurs malades les remèdes les moins coûteux, de vouloir bien fixer, d'une façon précise, la durée d'incapacité de travail qu'entraîne la maladie, de prévenir le bureau quand commencera à s'établir la chronicité... enfin ils terminent en demandant un abaissement de tarif.

Voici la réponse digne et ferme que les médecins de Rodez ont faite à cette lettre :

Messieurs,

Les médecins de Rodez, soussignés, ont reçu et accueilli, avec la bienveillance qu'elle mérite, la communication qui leur a été adressée par les membres du bureau de la Société de secours mutuels des Ouvriers réunis.

Comme eux, ils portent un véritable intérêt à cette œuvre de philanthropie et désirent vivement sa prospérité. Aussi approuvent-ils, surtout en présence de l'état financier de sa caisse de secours, toutes les mesures compatibles avec l'équité et une sage administration. C'est ainsi qu'ils souscrivent très volontiers aux désirs suivants qui leur sont exprimés :

1° De constater l'état chronique avéré d'une maladie, dès que le caractère sera certain pour eux, afin que le bureau de la société puisse prendre telle mesure qu'il jugera convenable ;

2° De veiller, dans la limite de leur devoir, à ce que « un sociétaire ne cède point à la tentation de prolonger indûment l'incapacité de travail dont il peut avoir été atteint ; »

3° D'employer les médicaments strictement nécessaires et les moins coûteux, sans sacrifier cependant les intérêts sérieux des malades ;

4° Ils consentent aussi très volontiers à ne pas prescrire des *eaux minérales* ou des *spécialités coûteuses*, tout en se réservant cependant le droit de recommander, dans certaines circonstances, ces moyens souvent précieux, aux malades qui voudront les payer de leurs deniers.

5° Les soussignés feront remarquer, en passant, que si les bains simples sont des agents d'hygiène, les bains *composés*, sont au contraire, ordinairement des agents médicamenteux importants et quelquefois indispensables dans le traitement de certaines maladies, celles de la peau, par exemple, et qu'il ne serait pas sage de rejeter absolument ces derniers agents comme des remèdes de luxe.

Sauf ces restrictions, les médecins de Rodez sont en parfait accord avec Messieurs les membres du bureau de la Société de secours mutuels sur toutes les questions précitées et ils s'engagent à faire tous leurs efforts pour diminuer les dépenses de la Société en ce qui leur paraît opportun et facile.

Il est toutefois une question réglée depuis quelques années déjà entre les médecins de Rodez et les sociétés de secours mutuels sur laquelle il ne leur est pas possible de revenir, c'est celle du tarif minimum adopté par eux, de un franc cinquante centimes par visite.

A l'époque où ce tarif fut adopté d'un commun accord, (1873), il fut discuté et accepté après mûr examen, par tous les médecins de la ville, qui crurent faire acte de justice et de modération, en adoptant, *pour toutes* les sociétés de secours mutuels, le *taux inférieur* de leur tarif minimum fixé pour leurs honoraires.

A cette époque, en effet, les membres du corps médical de Rodez, frappés depuis longtemps d'ailleurs, de la cherté croissante de tous les objets de première nécessité, du travail de main-d'œuvre, sentaient le besoin, eux aussi, ouvriers de toutes les heures, de songer à leurs intérêts si facilement méconnus et à ceux de leurs familles. Ils formulèrent leur *tarif minimum* avec un profond sentiment d'équité et d'intérêt pour la classe ouvrière, habitués qu'ils sont à tenir compte de la fortune et des ressources de chacun dans la juste rémunération de leur travail. Depuis lors, les nécessités de la vie n'ont diminué pour personne. Aussi, tout en rendant hommage aux sentiments philanthropiques des honorables membres du bureau et s'associant à leurs vœux d'économie sérieuse pour leur Société, les soussignés déclarent ne pouvoir toucher à leur *tarif minimum*, d'abord parce que ce tarif ainsi fixé est déjà une concession faite aux personnes réunies sous les auspices de la mutualité, mais surtout parce que, modifier ce tarif en l'abaissant, en faveur d'une Société de secours mutuels quelconque, ce serait violer un principe aujourd'hui établi et consacré parmi les médecins de Rodez, de ne jamais accepter de rémunération inférieure au prix actuel fixé par eux, soit pour les personnes faisant partie de la troisième classe de leur tarif, soit pour les membres des Sociétés de secours mutuels.

Les médecins de Rodez soussignés, prient les membres du bureau de la Société de secours mutuels des ouvriers réunis, d'agréer, avec la sincère expression de leur sympathie pour leur œuvre humanitaire, l'assurance de leur entier dévouement.

Rodez, le 7 avril 1883.

Ont signé : TOUS *les médecins de Rodez.*

II

FÉDÉRATION MÉDICALE BELGE.

Assemblée générale du 26 septembre 1883.

Discours du Président.

Messieurs et honorés Confrères,

Appelé par les fonctions que vous m'avez confiées à l'honneur de présider les débats de ce jour, je crois ne pouvoir mieux remplir ma mission qu'en vous exposant avec les détails nécessaires, le mouvement médical professionnel qui, commencé en France il y a quelques années, sous l'empire des idées qui nous guident dans notre Fédération, s'y dessine de plus en plus nettement. Pendant qu'ici nous nous bornons encore à l'énoncé de nos aspirations, nos confrères français ont déjà passé de la parole à l'action. Du 1er janvier 1881 jusqu'à ce jour, ils ont constitués 60 syndicats médicaux, partie par arrondissement, partie par département, et ils se félicitent des résultats qui en ont été la conséquence pour les membres syndiqués. C'est qu'ils ont compris que les lois ne changent que sous la pression de l'opinion publique et qu'il n'y a rien à gagner à attendre sous l'orme la grâce bienveillante des Parlements ou des Ministres. Forts de leur organisation, ils ont soutenu de leur autorité morale, la présentation d'un projet de loi, dû à l'initiative de l'honorable député, Dr Naquet, et qui, à l'heure présente, se trouve soumis aux votes assurés des deux Chambres françaises, selon le texte suivant :

« Les membres d'une même profession peuvent, sans autorisation, se constituer en société pour défendre leurs intérêts communs. Ainsi établis, ils jouissent du bénéfice de la personne civile, ce qui leur donne le double avantage. 1° de posséder, hériter, ester en justice; 2° de pouvoir être consultés collectivement, notamment par les tribunaux, sur les différends qui se réfèrent aux choses de leur profession. »

Nous n'aurions pas eu la mortification d'être devancés par eux, après avoir pris l'initiative de la lutte professionnelle, par l'institution de la Fédération Médicale, si l'établissement des Cercles Médicaux s'était produit à côté de chacune de nos Sociétés locales, comme le demandait notre méritant confrère, le Dr Willems, aux efforts intelligents duquel il est juste de rendre ici hommage et dont les idées furent acceptées à l'Assemblée générale de 1877. C'est dire assez que nous ne méconnaissons pas en théorie l'importance de l'application aux relations entre confrères, de règles déontologiques spécifiées par droits et devoirs, mais il est malheureusement vrai qu'en dehors du Cercle Médical d'Anvers et de celui de Liège, nous ne voyons nulle part autour de nous fonctionner une pareille institution ou une institution similaire. L'organisation de nos Sociétés locales n'y correspond que très imparfaitement; leur groupement est très défectueux.

Cependant, c'est le but vers lequel nous devons tendre pour réaliser tout le bien qui doit sortir de notre Fédération. S'il ne nous est pas permis d'espérer une loi qui accorde à nos Cercles Médicaux, la personnification civile, du moins nous avons le pouvoir de leur donner une organisation suffisante pour satisfaire nos intérêts professionnels, et, à ce point de vue, on doit dire d'eux qu'ils sont en tous points analogues aux Cercles syndicaux qui nous occupent.

Le *Bulletin mensuel des Syndicats médicaux français* publie sur eux, pour le mois d'août 1883, une notice complète. C'est à cette source que je puise les renseignements suivants sur ces institutions qui doivent leur existence à l'initiative du savant rédacteur du journal *Le Concours Médical*, Dr Cézilly, que nous avons aujourd'hui l'honneur de posséder parmi nous et auquel je ne puis rendre de plus grand hommage qu'en le signalant à mes confrères comme étant le Festraerst français. (*Applaudissements*).

C'est en 1880 que, pour la première fois, l'idée d'association médicale, sous forme de syndicat professionnel, fut émise et développée dans le journal *Le Concours Médical*, par le Dr Margueritte, du Hâvre. Toutefois cette idee, depuis quelques années, avait fermenté dans certaines Sociétés médicales où il était question déjà de créer des chambres de discipline. Ce genre d'association fut accueilli d'abord par le dédain des uns, l'indifférence du plus grand nombre, et on le voit sur le point de subir le premier nauffrage habituel à toutes les innovations. Néanmoins, le Dr Margueritte tint à son projet et opposa énergie et ténacité à la torpeur générale qui paralyse habituellement le Corps Médical, lorsqu'il s'agit de la défense de ses intérêts vitaux. Aussi au mois de mai 1881, le Syndicat de la Vendée est fondé, ainsi que celui du Hâvre. A partir de cette époque, le mouvement s'étend rapidement à d'autres contrées, si bien qu'aujourd'hui des syndicats existent dans les 2/3 des départements, ou sont en voie de formation.

Il s'est donc produit rapidement dans les esprits un mouvement irrésistible d'opinion en faveur des syndicats professionnels. Chacun a bien vite compris que, dans la lutte pour la vie, il vaut mieux, pour ceux qui ont les mêmes intérêts, s'entendre, se grouper, se réunir, qu'éparpiller ses forces et combattre au hasard, chacun de son côté. Le Dr Lardier exprimait ainsi cette idée dans son rapport sur la formation d'un syndicat dans les Vosges :

« Nous cherchons à obtenir par notre entente commune, par des relations de bonne confraternité, le relèvement moral et l'amélioration matérielle de notre profession. Il faut que dans toute circonrcription médicale, si petite qu'elle soit, les médecins, au lieu de rester des individualités continuellement en butte au mauvais vouloir du public, impuissants par le fait, forment un corps, une association; il faut que, se tenant tous par la main, ils obtiennent par leur réunion qui est la force, la satisfaction des revendications dont tous, sans exception, nous reconnaissons la légitimité et dont nous sommes impuissants, individuellement, à obtenir la réalisation... Les notaires qui exercent une profession libérale comme la nôtre, les avocats, les avoués, ont l'esprit de corps, et l'institution qui a développé chez eux cette sorte de solidarité professionnelle, est justement l'*Association syndicale,* que nous cherchons à créer pour notre profession. C'est en étouffant dans notre cœur cette passion mauvaise, dont le public se rit, mais qu'il explique à sa façon

la jalousie du métier, l'*invidia medicorum*; c'est en faisant entrer notre intérêt personnel dans l'intérêt du Corps Médical en général; c'est en nous soutenant les uns les autres que nous arriverons à obtenir la considération à laquelle notre profession a droit, et à nous soustraire à cette honteuse exploitation du médecin par les rebouteurs, les sages-femmes, les sœurs, les religieux, les pharmaciens, le parquet et *tutti quanti*... »

Fondée sur ces principes, l'organisation des syndicats devait être telle de pouvoir réunir les médecins qui seuls ont des intérêts communs, c'est-à-dire ceux qui, par leur situation topographique, sont appelés à se voir, à se rencontrer et à exercer dans la même clientèle. C'est ce qui a lieu. Pour ce motif, les syndicats, en se formant, ne tiennent pas compte des divisions administratives. Quant aux règles qui doivent présider à leur constitution, ce sont des détails laissés à la libre initiative de chaque syndicat. Il y a donc nécessité de laisser à chacun une grande liberté, et c'est cette liberté bien comprise, qui leur donne une force réelle dans les questions professionnelles, suivant les habitudes des praticiens d'une même région, les coutumes du pays, les facilités de communication, etc...

On comprend que si l'action des syndicats médicaux est nettement délimitée à une région, son influence sera véritablement pratique. Cette influence sera d'autant plus considérable qu'il y aura moins d'abstention de la part des médecins d'une même circonscription médicale. Le but des syndicats médicaux est nettement défini : relever les tarifs d'honoraires insuffisants; s'unir contre les prétentions des Sociétés de Secours mutuels ; se communiquer la liste des clients de mauvaise foi; s'entendre pour lutter contre l'exercice illégal de la médecine ; avoir, par Département, une ou plusieurs chambres syndicales analogues à celles des notaires, chambres qui décident et jugent, en dernier ressort, toutes les questions délicates.

Voilà, MM. et honorés Confrères, le rôle que s'attribuent les syndicats médicaux français. Si c'est un rêve, il est assez beau pour essayer de le réaliser.

Je pourrais peut-être me borner à cet exposé, MM., et conclure par un appel à votre énergie pour organiser partout les Cercles médicaux projetés, car je sais que je m'adresse à un auditoire convaincu, à bien des hommes vieillis déjà sous le harnais de guerre dans nos luttes de 30 ans, mais je vois à côté d'eux une pléiade de jeunes confrères qui ne connaissent sans doute encore de la vie médicale que le feu sacré qui les anime et pour qui l'exemple des déboires des autres doit être un enseignement et un soutien dans les revers professionnels qui les attendent. Et le passé même de notre Fédération se retrouve dans l'histoire de l'hostilité qu'ont subie les syndicats français. Il sera donc utile de relater les obstacles dont ils ont triomphé avant d'aboutir aux résultats heureux dont ils se félicitent et auxquels nous pouvons prétendre nous-mêmes.

L'institution des syndicats médicaux a subi l'épreuve de l'hostilité et de la critique. La première attaque dirigée contre elle est partie de l'Association générale des médecins de France, dont le Secrétaire, M. le Dr Martineau, prononçait les paroles suivantes à l assemblée générale de 1882 :

« La réforme demandée par les syndicats médicaux constitue, à mon avis, dans quelques-unes des prétentions émises, l'omnipotence la plus grande qu'on ait imaginée jusqu'à ce jour, dans la corporation médicale du moins, car elle met entre les mains des membres du bureau du syndicat, l'indépendance, la liberté, dont, à juste titre, est si fier le médecin, par l'engagement qu'on exige de lui, d'abdiquer sa liberté. La formation des syndicats, telle qu'on la comprend, est le contraire absolu des principes les plus élémentaires infeodés au medecin.... Donc, je repousse le syndicat et tous les amis de la liberté le repousseront avec moi. »

C'est cette opinion qu'exprime aussi le Dr Damourette, secrétaire de l'arrondissement de Vitry-le-Français :

« Je me défie instinctivement des syndicats médicaux, parce que je leur crois, à tort, peut-être, une tendance à l'autoritarisme et que je ne veux abdiquer mon indépendance entre les mains de personne. »

Le Dr Bourland, secrétaire général de l'Association du Rhône, invoque également les mêmes principes et à sa voix en répondent encore bien d'autres : « Et vous voudriez, disent-elles, abdiquer votre indépendance ! Et vous voudriez subir la loi des syndicats!!! »

Ce ne furent là heureusement que des voix discordantes, *verba et voces*, des phrases et pas autre chose. Ces confrères étaient certainement de bonne foi, mais où voyaient-ils dans un pacte, librement consenti, une atteinte à leur indépendance? Est-ce que nous n'avons pas tous des lois à subir? Est-ce que le médecin qui a besoin de sa profession pour vivre n'est pas, dans une certaine mesure, sous la dépendance de sa clientèle? Où voyons-nous que les notaires, les avocats, les avoués, parce qu'ils ont une chambre de discipline, qui est une vraie chambre syndicale, soient moins dignes, moins libres, moins indépendants que les médecins. Il y a à dire plus. Notre profession, sujette à tant de déboires, à tant de froissements, à tant d'atteintes à la dignité personnelle, retrouvera par l'union et par l'entente, la liberté et l'indépendance relatives auxquelles chacun de nous a droit dans la société. Et ce sont ces principes qui ont prévalu : on a répondu aux objections timorées par la création immédiate de nombreux syndicats.

L'Association générale des médecins de France ne s'est pas tenue à cette première escarmouche. Elle a élevé la prétention de suffire à l'amélioration morale et matérielle de la profession médicale et elle a rejeté les syndicats comme inutiles. Les médecins syndiqués lui ont répondu :

« Oui, vous soulagez et mettez à l'abri de la misère les vieux praticiens qui ne peuvent plus combattre le combat de la vie, mais qu'avez-vous fait et que pouvez-vous faire pour prévenir les maux, pour améliorer la situation matérielle du médecin? Rien ou à peu près. Lisez le compte-rendu de votre secrétaire actuel, M. le Dr Foville, et voyez à ce point de vue les résultats obtenus. Nos rapports avec les clients, nos luttes avec les Sociétés de secours mutuels, nos relèvements de tarifs et bien d'autres questions sont extrêmement variables suivant les contrées; par là

même, l'Association générale ne peut nous diriger.

« Un syndicat entre médecins d'une même région peut seul avoir une action efficace. Bien mieux, dans quelques endroits, des associations départementales ont voulu introduire dans leurs statuts le droit de résoudre des questions pratiques ; les Préfets n'ont pas admis ces principes et leur ont rappelé qu'elles devaient se renfermer dans leur rôle de Société de secours mutuels. C'est ce qui est arrivé entr'autres au Dr Surmay, de Ham, Association de St-Quentin. Est-ce à dire pour cela que les syndicats doivent se substituer à l'Association générale? Non, évidemment. Pourquoi cette substitution, du reste? L'Association générale n'a pas de limites géographiques ; le syndicat, lui, est borné au plus à un arrondissement, et là il aidera le médecin dans ses luttes de chaque jour. L'Association ne vient à lui que lorsqu'il ne peut plus continuer la lutte. Les deux institutions peuvent coexister l'une à côté de l'autre. »

Ai-je besoin, Messieurs, de faire l'application de ces données à nos Cercles médicaux? N'a-t-on pas dit d'eux aussi que leurs règlements resteront inefficaces, parce qu'ils n'ont pas de sanction? Cette objection faite quelquefois, est injurieuse pour le Corps Médical. Dès que l'un de nous aura signé un engagement, il mettra son honneur à le remplir. Il y tiendra d'autant plus qu'il saura fort bien, que légalement, rien ne peut le contraindre.

Agir autrement, serait le fait d'un malhonnête homme. Poussons cependant les choses à l'extrême; supposons un membre assez oublieux de sa dignité pour laisser protester sa signature. Croyez-vous que, devant la réprobation unanime de ses collegues, sa position soit tenable? Croyez-vous qu'un médecin, mis à l'index par ses confrères, puisse supporter l'isolement qu'il se serait créée? Evidemment, non. Il lui faudrait, suivant un mot célèbre, ou se soumettre ou se démettre.

C'est par les mêmes arguments que les syndicats français ont continué à répondre à la puissante Association générale qui refusait d'abord son concours au progrès désiré, mais qui finalement a dû le subir.

Mon exposé serait incomplet sans un mot sur cette Association.

. . . .

Telle est l'Association que les médecins français ont reconnu insuffisante pour résoudre les questions d'intérêt vital de la profession. Et les faits ont prouvé qu'ils avaient bien jugé. Les syndicats médicaux établis depuis trois ans aux risques et périls des participants, avant l'établissement d'une loi tutélaire, ont réalisé toutes les espérances.

Les résultats obtenus par notre syndicat, écrit le docteur Mignen, au journal le *Concours Médical*, ont été assez satisfaisants pour que nos confrères nous expriment à chaque occasion leurs sincères remerciements. Les rapports entre médecins sont de plus en plus empreints de vraie confraternité. Ceux qui ne se voyaient pas, se serrent volontiers la main et respectent réciproquement les clients de leurs voisins, et les malades ont appris, par expérience, qu'il fallait désormais compter avec la bonne entente qui nous unit. Enfin le syndicat a poursuivi, à ses risques et périls, un rebouteur et une sage-femme, lesquels ont été condamnés à plus de 200 francs (amende et frais compris).

Outre l'avantage, dit le Dr Margueritte du Hâvre, de nous connaître de plus en plus, et d'avoir entre nous tous de bonnes et excellentes relations confraternelles, la création du Syndicat a eu pour résultat :

1° La majoration des appointements des médecins du bureau de bienfaisance ;

2° La majoration des émoluments du médecin des agents de la police;

3° La destruction de la Société de secours mutuels fondée par les agents de police pour leurs familles, auxquelles nous avons appliqué ces cinq articles par lesquels nous ferons passer toutes les Sociétés de secours mutuels, sans rien brusquer, mais en agissant avec opportunité.

I. Les membres des Sociétés de secours mutuels sont libres de prendre un médecin de leur choix.

II. Les visites seront réglées au prix de 2 francs au *minimum*.

III. Les consultations seront réglées au prix *minimum* de 1 franc.

IV. Ces honoraires seront garantis par la Société.

V. Le médecin se réserve le droit de soumettre à un tarif d'honoraires plus élevé que le précédent et proportionnel, toute personne qui, tout en faisant partie de la Société, est dans une position qui autorise manifestement cette surévélation du prix à lui réclamer pour les visites et consultations.

Par l'organisation du Syndicat de Lot-et-Garonne, le taux des honoraires a pu être augmenté sans amener de sérieuses difficultés, et grâce au Livre noir, leur rentrée se trouve beaucoup mieux assurée.

Encore, par suite de l'intervention du Conseil des syndics, les honoraires médicaux légaux ont été réglés d'un commun accord; à l'avenir, le parquet et le juge d'instruction règleront eux-mêmes le prix des honoraires. — Ainsi, par exemple, une autopsie d'adulte sera payée en moyenne 100 fr.; celle d'un enfant, de 50 à 60 fr.; l'examen au spéculum, 10 fr.

Les renseignements abondent, mais je crois pouvoir suffire avec ceux qui précèdent pour la démonstration de l'utilité des syndicats.

Le Directeur du BULLETIN DES SYNDICATS

Dr A. BARAT-DULAURIER,

Saint-Antoine-sur-l'Isle, par St-Seurin-sur-l'Isle (Gironde).